

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

487

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 21 juillet 1896, à 1 heure

Par E. DE CAZE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DE

LA GANGRÈNE PULMONAIRE

CONSÉCUTIVE A LA GRIPPE

Président: M. LANDOUZY, professeur.

*Juges : MM. { POUCHET, professeur.
 { CHANTEMESSE, THOINOT, agrégés.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, Rue Racine, 15

1896

487

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

584



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553816_0081

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 21 juillet 1896, à 1 heure

Par E. DE CAZE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DE

LA GANGRÈNE PULMONAIRE

CONSÉCUTIVE A LA GRIPPE

Président: M. LANDOUZY, professeur.

*Juges : MM. { POUCHET, professeur.
 { CHANTEMESSE, THOINOT, agrégés.*

*Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

45, Rue Racine, 45

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.		M. BROUARDEL
Professeurs		MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		N.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale	}	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale		DEBOVE.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE.
Histologie		CORNIL.
Opérations et appareils		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie		TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale		POUCHET.
Hygiène		LANDOUZY
Médecine légale		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale		LABOULBENE.
		STRAUS.
		G. SEE.
Clinique médicale	}	POTAIN.
		JACCOUD.
Maladie des enfants		HAYEM.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		JOFFROY.
Clinique des maladies du système nerveux		FOURNIER.
		RAYMOND.
Clinique chirurgicale	}	TILLAX.
		BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires		DUPLAY.
Clinique ophthalmologique		LE DENTU.
Clinique d'accouchements		GUYON.
		PANAS.
		TARNIER.
		PINARD.
Professeur honoraire		
M. PAJOT.		
Agrégés en exercice.		
MM.		
ACHARD	GAUCHER	MARIE
ALBARRAN	GILBERT	MENETRIER
ANDRE	GILLES DE LA	NELATON
BAR	TOURETTE	NETTER.
BONNAIRE	GLEY	POIRIER, chef des
BROCA	HARTMANN	travaux anatomi-
CHANTEMESSE	HELM	ques.
CHARRIN	LEJARS	REITTERER
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD
DELBET	MARFAN	ROGER
		SEBILEAU
		THIERRY
		THOINOT
		TUFFIER
		VARNIER
		WALTHER
		WEISS
		WIDAL
		WURTZ

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON EXCELLENT MAÎTRE

M. A. LE ROY DES BARRES

Chirurgien de l'hôpital de Saint-Denis
Médecin de la maison d'éducation de la Légion d'honneur
Membre du conseil d'hygiène publique et de salubrité
du département de la Seine
Officier de la Légion d'honneur

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LANDOUZY

Médecin de l'hôpital Laëunec
Membre de l'Académie de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE
DE
LA GANGRÈNE PULMONAIRE
CONSÉCUTIVE A LA GRIPPE

I

INTRODUCTION

« Les affections secondaires de la grippe, disait M. le professeur Bouchard à l'Académie de médecine (28 janvier 1890) n'ont rien de spécial ni de spécifique. C'est par abus qu'on dit qu'elles sont de nature grippale ; elles sont d'espèces diverses, en rapport avec la diversité des agents qui les provoquent ».

Laissant de côté la grippe et la gangrène pulmonaire en général, et n'espérant pas trouver chez cette dernière des symptômes spéciaux des allures particulières dus à son origine grippale, nous nous proposons seulement, dans cette étude sur la gangrène pulmonaire consécutive à la grippe, de grouper les diverses publications parues jusqu'ici sur ce point spécial et de résumer en des chapi-

tres concis les variétés de début, de forme, de marche et de terminaison de cette complication de la grippe. Notre étude sera donc essentiellement clinique.

Les notions que nous exposons aujourd'hui nous ont été données au début de nos études par nos bienveillants maîtres de l'Ecole de Médecine de Rennes ; qu'ils veuillent bien accepter le témoignage de notre reconnaissance.

Nous prions MM. les D^{rs} Reclus, Barth, Chauffard, d'agréer nos sincères remerciements pour les leçons cliniques qu'ils nous ont prodiguées dans leurs services hospitaliers de Paris.

M. le D^r Feltz, médecin de l'hôpital de Saint-Denis, nous a permis de publier l'observation prise par nous dans son service ; nous sommes heureux de lui en témoigner notre respectueuse gratitude.

Les fructueux conseils au lit du malade et la bienveillance toujours prête de M. le D^r Dupuy, médecin de l'hôpital de Saint-Denis, rendront notre reconnaissance inaltérable.

Les deux années que notre excellent maître, M. le D^r Le Roy des Barres, chirurgien de l'hôpital de Saint-Denis, nous a permis de passer comme interne dans son service, nous ont convaincu de son infatigable curiosité scientifique et de son impeccable méthode clinique. Qu'il veuille bien nous considérer comme son élève, ce sera notre seul titre de fierté.

M. le professeur Landouzy nous fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; nous lui adressons l'hommage de notre respectueuse reconnaissance,

II

PATHOGÉNIE

Comment se produit la gangrène pulmonaire dans la grippe ? C'est là une question fort intéressante sans doute ; mais sur laquelle la science est malheureusement loin d'être fixée d'une manière définitive. M. Mornet, dans sa thèse (Lyon, 1893), a démontré que les gangrènes des extrémités, dans l'influenza, sont souvent le résultat d'embolies ou de thromboses artérielles consécutives à une artérite localisée (Rendu) ou de thromboses sans lésions artérielles primitives.

Morlot, de son côté (*Bourgogne Médicale*) a rapporté un fait de gangrène des pieds au cours d'une grippe, par phlébite.

Les gangrènes pulmonaires ont-elles des causes de même ordre ? Sont-elles dues à de simples arrêts de la circulation pulmonaire ? Il n'en est rien. Il est démontré aujourd'hui qu'un arrêt de la circulation dans un territoire du poumon par un caillot aseptique, si le parenchyme était antérieurement indemne ne produit pas de phénomènes comparables à ceux qui se passent du côté des membres, mais seulement un infarctus pulmonaire.

Si le caillot et le parenchyme contiennent des agents pyogènes, il se forme un abcès, avec mortification et élimination du tissu nécrosé et enflammé. Litten a observé de ces infarctus pulmonaires au cours de la grippe ; les embolies provenaient de caillots formés dans les veines de la cuisse.

Hitzig, de son côté, a trouvé le bacille de Pfeiffer dans un abcès du poumon.) *Munchener Medicinische Wochenschrift*, t. 35).

Dans la gangrène pulmonaire, au contraire, interviennent des agents désignés sous le nom de *saprogènes*. Les recherches récentes ont démontré, ainsi que le disent Cornil et Babès, qu'il ne paraît pas y avoir d'organisme spécifique, unique, de la gangrène du poumon.

On trouve dans le foyer gangréneux une grande variété de microorganismes, les uns agents de la transformation putride, les autres doués de pouvoirs pathogènes, mais non saprogènes, d'autres enfin inoffensifs, les saprophytes.

Les agents de la transformation putride seraient le *spirillum buccale* de Jaffé et Leyden, le *proeus vulgaris*, le *micrococcus tetragenus*, le *leptothrix buccalis*, etc.

Les microbes pathogènes, mais non saprogènes, c'est-à-dire capables de produire une suppuration ou même une mortification, mais non la putréfaction, sont représentés par le *streptocoque*, les *staphylocoques pyogènes*, le *pneumocoque*, le *pneumobacille de Friedlander*, etc., etc. Ils paraissent jouer un rôle actif dans la production des accidents qui précèdent ou accompagnent

la gangrène pulmonaire (Coyne). En altérant les tissus ils diminuent leur résistance et les rendent propres à devenir pour les agents saprogènes un milieu de culture favorable.

La gangrène pulmonaire qui survient au cours de la grippe n'a pas été, au point de vue bactériologique, l'objet d'études spéciales, pas plus, d'ailleurs, que sa pathogénie. Force est donc, jusqu'à plus ample informé, d'admettre les mêmes causes et les mêmes mécanismes que pour les gangrènes pulmonaires qui surviennent au cours des maladies infectieuses en général. Nous n'insisterons pas, et pour cause, sur ce point qui est étudié aujourd'hui dans tous les ouvrages classiques.

Ajoutons pourtant une opinion nouvelle admise par M. Laffitte dans sa thèse, opinion qui lui est commune avec les Drs Jarron et Mornet et qui est empruntée à Teissier et Roux : « La grippe, grâce aux produits solubles du « diplo-bacille, a la propriété d'amener un resserrement « des artérioles et des capillaires, condition qui, réunie « à celles signalées plus haut, favorise le développement « des thromboses. »

Mais, pas plus que les explications antérieures, ces raisons ne nous paraissent suffisantes pour expliquer la production de la gangrène pulmonaire dans un organe aussi richement vascularisé que le poumon, et la vérité, nous ne craignons pas de le répéter, est que, en ce qui concerne la gangrène pulmonaire qui survient au cours de la grippe, nous n'avons aucune notion nouvelle à ajouter à celles admises pour les gangrènes pulmonaires

d'une autre origine, dans les autres maladies infectieuses à localisations bronchiques et pulmonaires.

Nous croyons donc pouvoir conclure que la grippe nous paraît prédisposer aux gangrènes parce qu'elle met l'organisme entier dans un état d'infériorité propre au développement de cet état morbide. De même agissent l'alcoolisme, la misère, la convalescence des maladies graves, les maladies infectieuses de toutes sortes, enfin, et plus que toute autre cause, le diabète. Elle prédispose spécialement à la gangrène pulmonaire par les inflammations broncho-pulmonaires dont elle s'accompagne si fréquemment. Il est en effet démontré aujourd'hui que la bronchite, la bronchite capillaire, la broncho-pneumonie, surtout chez les enfants, (Cadet de Gassicourt, Jules Simon) et même la pneumonie franche d'après quelques auteurs, sont susceptibles d'amener la gangrène du poulmon; il suffit que les microorganismes saprogènes viennent, par les voies respiratoires (ce qui est le cas le plus ordinaire dans la grippe) ou par la voie sanguine, jusqu'aux parties enflammées.

III

ETIOLOGIE

Dans les observations que nous avons pu recueillir, nous voyons que toutes les gangrènes pulmonaires survenues au cours de la grippe se sont produites chez des adultes. Le plus jeune de ces malades avait 20 ans, le plus âgé 59 ans. Nous pouvons donc dire que la gangrène pulmonaire d'origine grippale s'observe plus spécialement à l'âge moyen de la vie.

Sur quatorze malades sept sont des hommes, sept sont des femmes. Cette égale répartition des cas ne nous permet pas de considérer le sexe comme une cause prédisposante.

Les professions de ces sujets étaient également variées; aucun d'eux n'exerçait un métier prédisposant d'une manière bien spéciale aux affections bronchiques ou pulmonaires.

Mais plus importants certainement sont les antécédents personnels. Plusieurs, en effet, étaient des touseurs et plusieurs étaient suspects de tuberculose. Dans quatre

cas nous trouvons des pneumonies récentes ou des bronchites revenant tous les hivers.

Le malade de Barth, en particulier, était atteint de bronchite chronique et la lecture de la troisième observation d'Eichhorst fait penser qu'une tuberculose était dans ce cas bien probable.

Nous trouvons encore notés l'impaludisme, le goître exophthalmique (une fois chacun) la lithiase biliaire, la chlorose, une gibbosité parmi les commémoratifs. La malade traitée à l'hôpital Broca était syphilitique.

Mais toutes ces affections n'ont que l'importance de causes prédisposantes, car, dans quatre cas, aucun antécédent personnel n'a été noté, ces malades ayant joui auparavant d'une santé parfaite.

Quant à l'époque de la grippe où la gangrène est apparue elle est assez variable. Une fois les crachats ont pris une odeur fétide dès le cinquième jour.

Dans le cas de Rhyner, au contraire, la malade est prise de grippe le 23 novembre et c'est seulement le 9 janvier que sont apparus les symptômes qui indiquent le début de la gangrène pulmonaire.

L'étudiant dont l'histoire est rapportée par Eichhorst éprouva les premiers symptômes de grippe le 7 décembre 1893; douze jours après, le foyer de gangrène avait déterminé une perforation de la plèvre et un pneumothorax. Dans une observation de Laffitte les premiers symptômes de la gangrène n'apparurent qu'un mois après le début de la grippe. Au contraire, le malade de Barth, dès le deuxième jour, avait une expectoration fétide.

Donc, le début de la gangrène pulmonaire a lieu à une période variable de la grippe, parfois dans les premiers jours, quelquefois tardivement.

Mais avec le professeur Bouchard nous devons admettre que ces gangrènes pulmonaires ne sont pas dues à la grippe. Le bacille de Pfeiffer produit de la bronchite ou de la broncho-pneumonie ; d'autres agents pathogènes viennent se greffer sur ces lésions, et parmi eux les micro-organismes de la gangrène pulmonaire, dont la présence est notée dans notre observation II.

IV

SYMPTOMES

ÉVOLUTION CLINIQUE

On sait combien est variable et combien obscur aussi dans bon nombre de cas le début de la gangrène pulmonaire, même consécutive à une affection aiguë du poumon, la pneumonie, par exemple. En passant en revue nos observations nous voyons l'impossibilité de faire un diagnostic vraiment certain avant l'apparition d'un signe à peu près pathognomonique, l'odeur gangréneuse de l'haleine ou des crachats, par exemple.

L'affaiblissement général, la toux, la fièvre, n'ont en effet rien de spécial, pas plus d'ailleurs que les signes fournis par l'examen physique : exagération des vibrations thoraciques, diminution du murmure vésiculaire, respiration soufflante, râles crépitants ou muqueux, bronchophonie.

Même en tenant compte du peu de concordance qui existe entre les troubles fonctionnels et généraux d'une part et la lésion d'autre part, l'abattement du sujet,

le caractère violent de la fièvre, l'intensité de la douleur, ne suffiront pas la plupart du temps.

Dans notre observation II, nous voyons que, le 28 août, la malade est prise de douleurs généralisées, de courbature, de céphalalgie, de douleurs lombaires, de toux et d'un sentiment de faiblesse générale qui sont les premiers symptômes de l'invasion de la grippe. Bientôt les crachats, d'abord muqueux, sont devenus sanguinolents, après avoir eu l'aspect de crachats pneumoniques. La toux augmente, la température atteint 39°,5 ; l'auscultation ne révèle que des râles sibilants fins disséminés dans toute l'étendue du thorax et quelques râles ronflants. A la percussion, la sonorité est normale dans toute l'étendue du thorax. Comme on le voit, rien dans ces symptômes ne mettait sur la voie de la gangrène, et c'est seulement cinq jours après que tout s'éclaircit parce que les crachats devenus grisâtres, d'apparence sale, d'odeur désagréable et presque fétide, éveillent l'attention et l'attirent de ce côté.

A ce moment l'auscultation est de nouveau pratiquée, et avec un soin extrême. On entend à la partie moyenne du poumon gauche, en arrière, un peu au-dessus de l'angle inférieur de l'omoplate, un foyer soufflant, très circonscrit, entouré de râles fins, humides. A ce niveau, submatité, exagération des vibrations thoraciques et bronchophonie.

Dans l'observation de Rhyner, dix jours après le début de la grippe, sont apparues des douleurs thoraciques violentes et continues, la dyspnée devient extrême (56 mouvements respiratoires par minute). L'explo-

ration physique ne dénote que des signes d'hépatisation pulmonaire. L'expectoration est d'abord muqueuse, puis muco-purulente. A ce moment il est probable que la malade n'avait déjà autre chose que des foyers d'hépatisation pulmonaire et le tissu pulmonaire se sphacélaît. Le 9 janvier, à quatre heures de l'après-midi, elle est prise tout d'un coup d'un point de côté très douloureux, d'une violente dyspnée, et l'examen donne, à la partie antérieure de la surface thoracique, dans la région précordiale, un son tympanique. Le diagnostic ne devient certain qu'au moment où la malade se met à expectorer des liquides fétides, c'est-à-dire peu de temps avant sa mort.

Dans l'observation IV, Eichhorst ne précise pas le moment où le diagnostic de gangrène pulmonaire fut posé : mais ce qui apparaît bien nettement dans la relation de ce cas c'est que rien ne fait supposer, malgré les points de côté violents éprouvés par la malade, dans la nuit du 19 au 20 décembre (dus très certainement au début du sphacèle pulmonaire), que cet éminent clinicien ait songé à cette affection avant l'apparition des crachats fétides.

L'étudiant, dont l'observation est consignée dans le même travail de Rhyner, observé également par Eichhorst, n'eut également que des symptômes assez obscurs. Aussi, les diagnostics posés successivement sont : grippe, avec bronchite généralisée et foyer d'hépatisation pulmonaire ; puis pleuro-pneumonie fibrineuse aiguë hémorragique ; puis hydro-pneumo-thorax, que la ponction démontre être un pyo-pneumothorax. Si on se rapporte au compte-rendu de ce cas le diagnostic vrai ne fut fait que quand le chirurgien vit sortir de la plèvre, après

l'opération de l'empyème, un flot de liquide putride.

Les autres observations nous montrent les mêmes hésitations du diagnostic.

Nous avons insisté sur ce point à cause des difficultés vraiment insurmontables en face desquelles se trouvera le clinicien, alors pourtant qu'un diagnostic précoce serait d'une grande utilité, puisque à lui est subordonné un traitement qui tend aujourd'hui à prendre une place de plus en plus importante dans la thérapeutique de la gangrène pulmonaire, nous voulons parler du traitement chirurgical.

Une fois constituée, la gangrène pulmonaire à la période d'état a deux signes extrêmement importants ; ce sont l'odeur fétide de l'haleine et l'odeur fétide des crachats, la première pouvant précéder de 24 heures la seconde.

Nous n'insisterons pas ici sur les caractères physiques des crachats, sur les couches superposées qui se forment lorsqu'on les laisse reposer dans un verre.

Ce signe, décrit par Traube est exposé dans tous les auteurs classiques. Eichhorst et Rhyner ont noté chez leurs malades l'existence de ces quatre couches dans les crachats : la couche supérieure formée de masses grisâtres confluentes, de masses plus volumineuses verdâtres muco-purulentes, et enfin de mucus transparent blanc-grisâtre. Cette couche est recouverte de mousse qui constitue à elle seule la première assise.

La troisième couche est transparente, presque incolore, riche en albumine, de consistance presque séreuse, traversée seulement de rares flocons de mucine.

Au fond se dépose, sous forme de sédiment, une masse

opaque, épaisse, blanc-jaunâtre, puriforme, formée de détritüs fins, de masses grumeleuses plus volumineuses et de débris de parenchyme pulmonaire dont quelques-uns très reconnaissables à la simple inspection. L'examen de la couche sédimenteuse, pratiqué au microscope, fait voir des leucocytes altérés, des granulations albuminoïdes et graisseuses, des cellules épithéliales de revêtement des bronches et de la bouche, des globules rouges.

Le foyer de gangrène pulmonaire consécutif à la grippe peut rester unique et, après une période d'état plus ou moins longue évoluer vers la guérison spontanée. Un cas tout à fait remarquable de cette évolution est notre observation II où l'on voit l'état général devenir peu à peu moins grave, la fétidité des crachats diminuer, ainsi que l'abondance de l'expectoration, les signes physiques disparaître et, en moins d'un mois, la malade entrer en convalescence et guérir.

D'autres fois, des foyers successifs se forment, alors le malade affaibli succombe habituellement aux progrès de l'intoxication ou à l'étendue des lésions pulmonaires.

Les foyers peuvent s'ouvrir seulement dans les bronches; assez fréquemment ils perforent la plèvre (observation de Eichhorst, de Scherb, et observation personnelle etc.), et alors on voit se développer l'ensemble symptomatique de la pleurésie gangréneuse ou du pyopneumothorax gangréneux suivant que la perforation permet ou non l'entrée de l'air dans la plèvre.

Eichhorst a soigneusement, dans l'une de ses cliniques, exposé la manière dont il arriva à faire un diagnostic précis. Nous ne pouvons mieux faire que de rappor-

ter ici ses paroles citées par Rhyner : « En discutant le diagnostic, Eichhorst se prononce pour un pneumothorax, non seulement à cause du tintement métallique, mais encore et surtout parce que le murmure vésiculaire est complètement aboli à gauche, tandis que la percussion donne une sonorité tympanique. Car, si l'absence de murmure vésiculaire pouvait s'expliquer par sténose ou compression de la bronche, la dyspnée devrait être excessive, tandis que, et c'est le cas, dans le pneumothorax la dyspnée fait défaut, la pression dans l'espace interpleural étant égale à la pression atmosphérique extérieure. Il s'agit, non pas d'un pneumothorax simple ; mais, comme cela arrive presque toujours, d'un hydro-pneumothorax, ce qui est démontré par l'existence du bruit de succussion et par le tympanisme au-dessus de l'espace semi-lunaire de Traube. Quant aux caractères du liquide qui se trouvent dans la cavité pleurale, le doute ne peut subsister. Du reste, même sans cette ponction, déjà l'expectoration putride et la fièvre hectique qui doit être attribuée à la résorption de substances septiques justifient le diagnostic de pyo-pneumothorax.

En somme, la succession des phénomènes pathologiques a été la suivante : Il résulte de l'anamnèse que le malade avait, avant son entrée à l'hôpital, une pneumonie fibrineuse gauche ; à la suite de cette pneumonie il s'est formé dans le poumon gauche un foyer gangréneux, d'abord latent qui, petit à petit s'est rapproché de la plèvre pulmonaire et a provoqué une pleurésie séreuse. Mais ensuite, à mesure que le processus gangréneux se propageait vers la plèvre, une perfo-

ration s'est produite. L'air, les sécrétions pulmonaires ont pénétré du foyer gangréneux dans la plèvre et ont donné à l'exsudat pleurétique déjà existant son caractère pyo-gangréneux. »

En somme, la gangrène pulmonaire consécutive à la grippe peut aussi, comme il résulte de ce que nous avons dit précédemment, affecter deux formes principales : une forme pneumonique et une forme pleurétique ; mais cette division est bien schématique.

V

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

D'après les quatorze observations que nous avons rassemblées, le pronostic est grave, la mort est survenue huit fois; la guérison six fois. Un malade n'était pas encore guéri lorsque son observation fut publiée.

Dans l'observation de Scherb, la mort était fatale car on trouva à l'autopsie, outre une pleurésie putride, de la gangrène pulmonaire diffuse qui occupait, en particulier tout le lobe inférieur.

Dans plusieurs autres faits la mort semble avoir été produite surtout par la multiplicité des foyers et par l'envahissement pleural.

Le pronostic est encore aggravé par ce fait que parfois la gangrène pulmonaire se produit chez des grippés qui ont un passé pulmonaire ou bronchique. Tels sont les cas de Laffitte (Bordeaux) et de Barth: Tuberculose avec cavernules aux sommets dans l'un, bronchite chronique et dilatation des bronches dans l'autre.

Le traitement n'a rien de particulier dans la gangrène

pulmonaire liée à la grippe. Soutenir l'état général, prévenir et traiter l'inflammation pulmonaire qui précède la gangrène, et lorsque celle-ci est apparue, redoubler d'efforts pour relever les forces du malade, combattre l'infection de l'organisme, atténuer autant que possible la fétidité des crachats. Enfin, et surtout, tâcher de trouver le moment opportun pour l'intervention chirurgicale dont l'importance devient grande aujourd'hui, et qui a donné, dans trois cas de gangrène pulmonaire post-grippale, des guérisons qui lui sont dues indiscutablement ; telles sont les indications thérapeuthiques générales qui devront à notre avis guider le médecin.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle).

Recueillie dans le service de M. le Dr Feltz, médecin de l'hôpital de Saint-Denis.

Le nommé A.... B..., charpentier, âgé de 33 ans, entre le 15 octobre 1895, à l'hôpital de Saint-Denis, pavillon 1 lit. n° 13, dans le service de M. le Dr Feltz.

Ce malade, dont les antécédents héréditaires et personnels sont nuls ou peu importants, raconte que l'avant-veille au soir 13 octobre, après sa journée, il s'est senti pris brusquement d'un frisson violent, accompagné de courbature et de céphalalgie intense, surtout occipitale.

Renonçant à la sortie qu'il devait faire, il s'alite de suite mais est pris de fréquentes quintes de toux très pénibles qui s'accroissent pendant toute la nuit et s'accompagnent vers le matin de dyspnée et de rauçité de la voix.

Le 14 octobre, en raison de l'accroissement des symptômes précédents, le malade garde la chambre; et le lendemain seulement, après une nuit complète d'insomnie, il fait venir un médecin qui l'envoie immédiatement à l'hôpital.

Le 15 octobre, à son entrée, on constate que cet homme de vigoureuse constitution, paraît abattu; le facies est vultueux,

la langue sale, sèche, rouge. Le moindre mouvement est très douloureux et réveille une quinte de toux suivie d'expectoration aérée, sans caractère spécial. La peau est chaude.

La dyspnée assez intense (vingt quatre respirations par minute) est encore augmentée après les quintes par la présence d'un point de côté au-dessous et en dehors du mamelon droit.

A la percussion on constate une notable submatité dans toute la région inférieure et postérieure du poumon droit, la percussion de la moitié gauche du thorax est normale.

L'auscultation décèle dans la fosse sous-épineuse droite la présence de nombreux râles crépitants fins; et à la base droite sont disséminés de gros râles ronflants et sibilants.

Les bruits du cœur sont normaux; le poulx plein bat à 104.

La température rectale atteint le soir 40°, 3.

Les urines ne renferment ni sucre ni albumine. Ventouses scarifiées au point douloureux, régime lacté, Todd et acétate d'ammoniaque, paquets d'analgésine et de sulfate de quinine.

Le 16 octobre. — L'abattement est plus considérable, dyspnée plus intense (trente respirations par minute); la céphalalgie, moins continue est cependant réveillée par les quintes de toux plus fréquentes que la veille.

La zone de submatité s'étend en avant jusqu'au niveau du mamelon droit, les vibrations thoraciques sont accrues.

L'auscultation du lobe inférieur du poumon droit permet d'entendre un souffle rude localisé à un centimètre en-dessous de la pointe de l'omoplate et entouré de nombreux râles crépitants fins, et couvert par des râles muqueux disséminés dans toute la hauteur du poumon.

L'expectoration plus abondante amène l'expulsion de quelques crachats aérés et légèrement teintés de sang, mais non odorants.

La température tombée le matin à 39°, 5 descend encore le soir à 39°, 4.

Le 17 octobre. — La céphalalgie a complètement disparu; l'insomnie persiste, l'abattement et la dyspnée sont plus grands, la constipation doit être combattue; les urines sont rares, foncées mais ne contiennent pas d'albumine; le pouls plein et rapide bat à 106. Le facies est encore grippé.

La submatité de la région thoracique droite est sensiblement la même, on note cependant un léger skodisme de la partie supérieure droite.

A l'auscultation, le souffle s'étend à toute la partie centrale et postérieure du lobe inférieur droit; les râles crépitants fins s'étendent également sur une large surface de ce lobe. On note également à ce niveau de la bronchophonie.

Les crachats plus considérables sont nettement hémoptoïques, et sont adhérents aux parois du vase, lorsqu'on décante les couches visqueuses et spumeuses qui les recouvrent.

L'haleine du malade est fétide et gêne l'entourage. Le point de côté a disparu depuis la veille au soir.

Le pouls bat à 102 par minute. L'appétit est nul et la constipation opiniâtre.

La température descendue le matin à 37°, 8 s'élève le soir à 38° 4.

On donne dans la journée soixante grammes de cognac, une potion à l'oxyde blanc d'antimoine, un lavement glyciné, 0 gr. 50 de sulfate de quinine; de nombreuses ventouses sèches sont appliquées sur la partie latérale droite du thorax.

Le 18 octobre. — L'état général ne présente pas de modification notable.

La matité est plus nette à la base du poumon droit.

Le souffle tubaire s'étend dans toute la hauteur du lobe inférieur droit en arrière, et est masquée par de nombreux râles sous-crépitaux s'entendant aux deux temps de la respiration. On note également au niveau de la ligne axillaire droite

des frottements pleuraux dans les sixième et septième espaces intercostaux.

Les crachats sensiblement de même nature que la veille, dans la matinée, sont remplacés vers le soir par une vomique subite à la suite d'une quinte de toux. Le malade évalue la quantité de liquide purulent rejeté à un verre environ, et se plaint d'une odeur insupportable de la bouche et de la gorge. A ce moment, le facies du malade est vultueux; son visage est couvert de sueur; il est haletant, son haleine est repoussante, extrêmement fétide.

Le liquide rejeté est gris verdâtre, peu aéré, strié de sang, et se dépose en plusieurs couches par le repos.

Pendant toute la journée, le malade rejette après chaque quinte de toux des crachats muco-purulents striés de sang.

La température rectale du matin est de 38°,6; celle du soir atteint 38°,8.

Le 19 octobre. — L'état général s'est amélioré, la dyspnée est moins intense, les quintes de toux moins nombreuses sont cependant encore très pénibles et ne cessent qu'après l'expulsion d'une plus ou moins grande quantité de crachats purulents.

La percussion ne dénote pas de signes cavitaires nets, mais à l'auscultation on entend un souffle caverneux à quatre travers de doigt au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate accompagné de gargouillement.

La température du matin est de 38° et celle du soir de 38°,8.

Le 20 octobre. — Le facies du malade moins vultueux prend une apparence typhoïde, l'abattement est grand, l'appétit nul en raison de « l'horrible goût qu'ont les aliments » ; les urines rares et troubles contiennent des traces d'albumine.

A la percussion, les signes cavitaires sont négatifs ; la ligne de matité est la même que les jours précédents.

Le souffle caverneux est masqué par de nombreux râles sous-crépitants et des frottements pleuraux dans la région postéro-inférieure du poumon droit.

L'expectoration toujours très fétide est moins abondante.

L'haleine du malade d'odeur gangréneuse est repoussante malgré les inhalations répétées d'infusion de feuilles d'eucalyptus.

Le pouls bat le soir à 120.

Température rectale du matin 38°,4. Température du soir 39°,4.

Le 21 octobre. — Le facies du malade est pâle, décoloré, les traits sont tirés, les narines pincées, la langue sèche.

A l'auscultation, on constate dans le lobe inférieur du poumon droit de la pectoriloquie et des frottements pleuraux surtout au niveau du bord postéro-interne du poumon.

L'expectoration conserve ses caractères de fétidité et de purulence; une nouvelle vomique amène l'expulsion d'un demi-verre de pus crémeux.

La température du matin est de 37°,7 et celle du soir de 39°.

Le 22 octobre. — L'état général va en s'aggravant, la face est de plus en plus grippée, la dyspnée augmente, l'amaigrissement est notable, la constipation fait place à une diarrhée fétide.

Dans la région latérale droite du thorax on note un œdème surtout marqué en arrière et en bas, où les espaces intercostaux paraissent dilatés.

La percussion décèle une zone de matité absolue s'élevant jusqu'au sixième espace intercostal dans la ligne axillaire postérieure.

A l'auscultation, le souffle amphorique perçu précédemment prend un timbre métallique; la succussion hippocratique est trouvée par les secousses imprimées au tronc du malade.

La température tombée le matin à 37°,6, s'élève le soir à 39.

Le 24 octobre. — L'œdème de la paroi thoracique est plus étendu que les jours précédents ; la percussion dénote une matité absolue à la base droite ; les signes de pyopneumothorax sont évidents ; on ne trouve toutefois pas le bruit d'airain.

L'état général du malade s'aggrave chaque jour.

La température oscille entre 38°,4 et 39°.

Les urines contiennent une petite quantité d'albumine.

Le 25 octobre. — La thoracotomie est pratiquée sur la ligne axillaire postérieure dans le huitième espace intercostal droit, et donne issue à un litre de pus fluide, gris-verdâtre infect, contenant des amas jaunâtres et des débris de tissu pulmonaire.

Les efforts de toux projettent violemment à l'extérieur le liquide purulent.

Un lavage de la plèvre au sublimé à 1/4000 suivi d'une irrigation à l'eau boricuée à 40/1000 est pratiqué à la température de 37°.

Deux drains accolés sont placés dans la plèvre, et un pansement iodoformé et ouaté mis en place.

La température, qui le matin était de 37°,8, s'élève le soir à 39°,7.

Le traitement interne, tonique, est continué.

Le 26 octobre. — Le malade est moins oppressé, les quintes de toux moins pénibles, l'état général moins mauvais.

L'expectoration est toujours très fétide, mais moins abondante.

Une grande quantité de pus s'est écoulée dans le pansement changé pendant la veille au soir.

Un nouveau lavage de la plèvre au sublimé à 1/4000 et à l'eau boricuée à 40/1000 à 37°, est pratiqué. La température du matin est de 38°,5 et celle du soir atteint 39°.

À l'auscultation, on entend dans la région correspondant au lobe inférieur droit en arrière, une respiration soufflante, amphorique, et de nombreux râles de bronchite.

Le 27 octobre. — L'expectoration est beaucoup moins abondante, la dyspnée a presque complètement disparu ; les quintes de toux provoquent l'expulsion par la plaie de pus épais, mélangé à des flocons fibrineux.

L'haleine du malade encore fétide nécessite toujours les inhalations d'infusion de feuilles d'eucalyptus.

Après un nouveau lavage de la plèvre, un pansement salolé est placé.

La température rectale du matin est de 38°,2 et celle du soir de 37°,4.

Le 31 octobre. — Chaque jour l'état général et l'état pleuro-pulmonaire s'améliorent.

Les forces, l'appétit, sont un peu revenus, la dyspnée a complètement disparu ; les crachats très peu nombreux sont moins purulents et moins fétides.

L'écoulement de pus par la plaie est moins abondant en dehors des quintes de toux.

L'examen bactériologique du pus, négatif en ce qui concerne le bacille de Koch, démontre la présence du streptocoque associé au staphylocoque.

Cependant l'état fébrile continue et la température évolue entre 38°,2 et 39°.

Pendant le mois de novembre, l'état général s'est sensiblement amélioré ; le malade a retrouvé de l'appétit, l'albuminurie a disparu ; la température a évolué entre 37°,5 et 38°.

L'expectoration est exclusivement muqueuse jusqu'au 1^{er} décembre.

La respiration soufflante s'entend dans toute l'étendue du poumon droit ; les signes de pneumothorax ont diminué de netteté.

Le 1^{er} décembre. — La température s'élève brusquement à

39°,5, après un nouveau lavage, au sublimé et à l'eau boricuée, elle tombe à 37°.

La plaie thoracique bourgeonne rapidement; les drains sont remplacés par une mèche de gaze iodoformée.

Jusqu'au 19 décembre, l'état général s'améliore, ainsi que l'état local; la température évolue entre 37° et 37°,8.

Du 20 au 31 décembre. — La courbe thermique très irrégulière atteint plusieurs fois 39°,6. De nouveaux lavages sont pratiqués et un petit drain placé dans la plaie.

Février 1896. — Dans le cours de ces quatre derniers mois, le malade a eu à trois reprises différentes de légères vomiques qui toutes ont été précédées d'exacerbations thermiques et ont été suivies d'une plus grande issue de pus par la plaie thoracique.

Malgré cela le poumon droit recouvre son fonctionnement à peu près normal. Il subsiste cependant une respiration soufflante à la partie inférieure du poumon droit.

De ce jour jusqu'à sa sortie, l'état général s'est amélioré d'une façon continue.

La toux a cessé complètement, et la plaie thoracique s'est rétrécie progressivement, elle est fermée le 20 mars 1896, jour où le malade quitte l'hôpital.

Nous avons pu à deux reprises et à deux mois d'intervalle avoir des nouvelles de ce malade qui a repris son travail et ne se sent nullement gêné par sa maladie antérieure.

OBSERVATION II. (inédite).

Due à l'obligeance de M. Le Damany, interne des hôpitaux de Paris.

La nommée Armandine B..., cuisinière, âgée de 27 ans, entre le 3 août 1894, dans le service de M. le Dr Renault, à l'hôpital Broca, salle Cullerier, n° 15.

Son père est mort d'apoplexie cérébrale. Sa mère habite la province et jouit, dit-elle, d'une bonne santé.

Elle a eu quatre frères et sœurs. Deux sont morts en bas-âge. Les autres sont vivants et bien portants et n'ont jamais eu de maladie grave.

Notre malade, bien que son aspect général soit satisfaisant, nous raconte qu'elle a toujours eu une santé délicate. Dans son enfance elle a eu la rougeole et la coqueluche à l'âge de sept ans. Ces deux maladies avaient évolué successivement. Il lui en était resté pendant plusieurs mois une prédisposition à s'enrhumer facilement, ce qui provoquait chez elle une toux quinteuse et pénible.

Réglée pour la première fois à 13 ans, elle a fait il y a deux ans une fausse couche qui n'eut pas de conséquence sérieuse.

Elle entre à ce moment à l'hôpital pour des syphilides vulvaires et péri-vulvaires qui sont papulo-érosives. Elle est traitée par les pilules de proto-iodure.

Nous passons rapidement sur ces accidents qui n'ont eu rien de particulier et qui ont rapidement disparu sous l'influence du traitement. La malade demandait même à sortir, lorsque le 27 août elle est prise d'un malaise général.

28 août. — La malade souffre de douleurs généralisées, de courbature et principalement de céphalalgie et de douleurs lom-

baire. Elle éprouve en outre une sensation de faiblesse générale, et tousse assez fréquemment.

La peau est chaude, le thermomètre marque 38° dans l'aisselle le matin, 39°,2 le soir. Le pouls est fréquent : 92 pulsations par minute.

La langue est normale d'apparence, la gorge saine. L'anorexie est complète, la malade a eu quelques nausées, mais pas de vomissements. Il n'y a pas de tympanisme abdominal, pas de douleurs à l'épigastre ni dans la fosse iliaque droite. Constipation légère. Le foie et la rate sont normaux dans leurs dimensions.

La malade a une toux quinteuse assez pénible, plus fréquente la nuit, mais qui est également assez répétée le jour. L'examen du thorax nous montre que la sonorité est normale dans toute l'étendue des poumons. A l'auscultation nous entendons des râles sibilants fins disséminés dans toute leur étendue, des deux côtés, et quelques râles ronflants.

Les bruits du cœur sont normaux. Les urines non albumineuses.

Le 30 août. — La température reste élevée, entre 39° et 39°,5 ; la céphalalgie est moins intense ; mais la faiblesse persiste. La toux augmente. L'expectoration, spumeuse et blanche, est aujourd'hui mélangée de quelques crachats très rouges qui ont, sauf leur couleur plus foncée, les caractères des crachats pneumoniques ; ils sont pourtant moins noirs que les hémoptoïques à proprement parler. L'auscultation ne révèle rien de nouveau.

Le 3 septembre. — Les mêmes symptômes ont persisté. Les crachats sanguinolents ont pris une coloration grisâtre, d'apparence sale, et nous remarquons qu'ils ont une odeur désagréable, presque fétide.

L'auscultation, pratiquée avec soin, nous fait entendre à la

partie moyenne du poumon gauche, en arrière, un peu au-dessus de l'angle inférieur de l'omoplate, un foyer de souffle très circonscrit, entouré de râles fins, sous-crépitants. A ce niveau les vibrations thoraciques et la résonnance vocale nous ont paru exagérées. La température oscille entre 38°,5 le matin et 39°,5 le soir. L'état général de la malade reste grave. Le facies est décoloré, grippé, le pouls, très fréquent, atteint 120 pulsations par minute, et est un peu petit. L'appétit reste nul, la constipation habituelle a été remplacée hier par une diarrhée fétide assez abondante.

Le 5 septembre. — Les crachats sont devenus extrêmement fétides, d'une odeur gangréneuse très nette. Leur coloration est brunâtre ou grisâtre, leur abondance modérée, (un demi-crachoir par jour).

Le 8 septembre. — L'état de la malade est resté stationnaire. Le traitement qui a consisté presque exclusivement en toniques et en révulsifs passagers sur le thorax n'est pas modifié bien qu'il ne semble produire aucune amélioration du côté de l'état général.

L'abondance des crachats diminue un peu. La couleur qui tend à dominer est la couleur grise, les parties noirâtres diminuent.

La fétidité reste toujours aussi grande, on prescrit des inhalations d'iode pour tâcher de l'atténuer.

Le 12 septembre. — L'amélioration est très considérable. L'odeur fétide des crachats est très atténuée, leurs caractères physiques sont maintenant assez analogues à ceux des crachats de bronchite à la période de coction. Le foyer de gangrène ne se révèle plus guère maintenant que par une respiration légèrement soufflante et par des râles sous-crépitants assez nombreux. Dans toute l'étendue des poumons nous trouvons des râles muqueux disséminés aux deux temps.

L'état général s'améliore. La fièvre est descendue à 38° ce matin, hier soir elle était de 38.6. Le pouls bat 92 pulsations par minute.

Le 15 septembre. — La malade peut être considérée comme entrant en convalescence. La température est normale depuis deux jours, l'appétit revient et la toux est très atténuée, elle expectore à peine quelques crachats purulents. Par l'auscultation et la percussion on ne retrouve plus trace du foyer de gangrène signalé plus haut.

La malade sort le 25 septembre dans un état très satisfaisant.

Nous avons fait l'examen bactériologique de ses crachats et nous y avons trouvé des microbes très nombreux : cocci isolés, en amas ou en chaînettes, des sarcines, de nombreux bacilles courts et droits, ayant les caractères morphologiques du *bactérium coli*. Enfin de nombreuses spirilles, longues et sinueuses ou courtes. Il n'y avait pas de bacilles de Koch.

OBSERVATION III

(Rhyner ; reproduite dans le *Münchener medicinische Wochenschrift* nos 9 et 10, 1895).

Une cuisinière, âgée de 36 ans, est prise le 23 décembre 1889 d'un frisson, suivi d'un coryza et de toux. Quoique souffrant bientôt de maux de tête et de douleurs dans les membres, elle n'interrompt pas son travail et fait des courses jusqu'au 2 janvier 1890. Alors elle est prise de douleurs violentes et continues dans la poitrine, et se décide à consulter un médecin qui la fait conduire à l'hôpital. On constate, dès son entrée, une infiltra-

tion pulmonaire dans une étendue à peu près égale à la paume de la main. La rate est hypertrophiée, les urines albumineuses. La température est de 38°9, le pouls à 120 ; le nombre des mouvements respiratoires est, par minute, de 56.

Le 3 janvier. — L'hépatisation du poumon droit augmente d'étendue et gagne toute la hauteur de ce poumon.

Le 4. — Les symptômes d'hépatisation se sont encore étendus en largeur, du côté droit. En même temps on constate une infiltration de la grandeur d'une paume de main dans la région scapulaire gauche.

La malade a une expectoration muco-purulente.

Dans la nuit du 5 au 6 janvier : sueurs abondantes.

6 janvier. — Dans les deux poumons, en arrière, souffle bronchique et râles humides nombreux et gros (bulleux). Par des quintes de toux violentes la malade expectore quelques crachats purulents, mais peu abondants.

Le 7 janvier. — Faiblesse croissante, vomissements bilieux. Crachats muco-purulents peu abondants.

Le 8. — Délire pendant la nuit. Vomissements. Dyspnée intense avec cyanose. Les râles augmentent des deux côtés du thorax.

Le 9. — Somnolence légère ; vomissements bilieux abondants. A quatre heures après midi la patiente ressent tout d'un coup des points de côté très douloureux dans la moitié gauche du thorax et en même temps une violente dyspnée. L'examen donne, à la partie antérieure de la surface thoracique, dans la région précordiale, un son tympanique, à tonalité élevée. Dans cette même zone il y a de l'hypéresthésie de la paroi thoracique.

A huit heures du soir la malade meurt après avoir expectoré, pendant un temps assez long, un liquide noirâtre et fétide.

Autopsie. — Dans la plèvre gauche on trouve une assez

grande quantité de gaz et un liquide peu abondant, trouble, jaune, rougeâtre. Sur la plèvre viscérale qui tapisse le lobe inférieur et la partie antérieure du lobe supérieur il y a une mince lamelle d'exsudat fibrineux. Dans la partie antérieure et inférieure du lobe supérieur gauche se trouve une portion de tissu pulmonaire, grosse comme la moitié d'une noix, qui est transformée en un liquide jaune verdâtre, de couleur sale. La plèvre présente plusieurs perforations dont les parois sont formées de tissus infiltrés, de couleur sale également et de consistance molle, comme déliquescents.

Dans le lobe inférieur se trouve une partie de poumon, assez volumineuse, sphacélée, dont la consistance est plus compacte. A la coupe, sa surface est pâle, très humide, un peu rougeâtre et lisse.

Entré ces deux lésions, on voit encore des parties transformées en un liquide trouble, verdâtre.

Cet examen montre également que, dans le voisinage de ces foyers lobaires, on trouve aussi des inflammations destructives lobulaires.

La cavité de la plèvre droite est libre, cette séreuse, ainsi que le poumon droit, sont indemnes.

L'évolution générale de la maladie peut être résumée comme il suit : bronchite grippale, pneumonie bilatérale avec destruction nécrotique d'un foyer pneumonique dans le poumon gauche ; perforation de la plèvre et pneumo-thorax.

Il faut remarquer que ces lésions énormes n'ont pas fait monter la température au-dessus de 40°.

OBSERVATION IV

Eichhorst, dans l'article de Rhyner déjà cité.

E. M..., femme de 26 ans, sans aucun antécédent héréditaire ni personnel, sauf, à 21 ans, une lithiase biliaire, avait toujours été bien portante. Depuis deux mois, elle souffrait d'une légère anémie. Elle se plaignait souvent d'une grande lassitude. Le 14 décembre 1893 apparurent des maux de tête, de la toux. En même temps, elle éprouva une sensation de lassitude extrême, des frissons, à tel point qu'elle fut obligée de s'aliter.

M. le Dr Malle, le 16 décembre, appelé auprès d'elle, posa le diagnostic d'influenza, d'autant plus facilement que dans la même maison (un hôtel), il y en avait eu de nombreux cas (membres de la famille, locataires et amis) que le Dr Malle avait lui-même soignés.

L'examen des poumons ne montra aucune modification de l'état normal.

Dans la nuit du 19 au 20 décembre, apparurent tout à coup des points de côté sous l'omoplate droite, et le 20, on reconnut, à la visite du matin, une diminution de la sonorité à la base du poumon droit, des frottements et des râles secs, peu nombreux, difficiles à constater.

Malgré les points de côté signalés plus haut, l'expectoration se compose seulement de crachats blancs, spumeux, striés de sang.

Le soir, même état des poumons. Rejet plus abondant et plus spumeux d'une coloration sale et brune.

L'haleine a une odeur fétide. La malade déclare que, par la toux, elle éprouve dans la bouche un goût amer.

21 décembre. — En arrière, au niveau des lobes supérieur et inférieur du côté droit, affaiblissement du murmure vésiculaire ; souffle bronchique, et, au-dessus, râles fins.

En avant et sur le côté, râles humides et fins. L'examen dans la position verticale produit des accès de toux violente. Les crachats ont une couleur chocolat, une odeur pénétrante.

23 décembre. — Après une nuit passable et sans douleurs, la malade est aujourd'hui dans l'abattement complet. Pneumonie étendue au lobe supérieur droit. Râles crépitants en arrière jusqu'au sommet droit. Rien en avant. Cœur normal. Expectoration abondante d'écume presque uniquement sanguinolente.

La fétidité de l'haleine a considérablement diminué.

La malade a pris toutes les deux heures, deux capsules de myrtol de 0,15.

Dans la nuit du 23 au 24 décembre, de nouveau elle est prise d'un point de côté très violent à droite.

24 décembre. — Au niveau du lobe moyen, respiration bronchique ; en arrière et en bas, murmure vésiculaire de même que sur les côtés. Pas d'albuminurie.

Le 25 décembre. — Le matin toux violente et expectoration abondante de couleur rouge brunâtre et d'odeur fétide. Hépatisation en arrière dans le lobe supérieur et dans la moitié supérieure du lobe inférieur. Très peu de râles. Bruits du cœur vigoureux et sans souffles.

26 décembre. — En arrière la pneumonie descend plus bas. La respiration bronchique atteint son maximum sous l'épine de l'omoplate et, en bas, ne s'entend presque plus. Les râles crépitants s'entendent dans les trois lobes. Haleine fétide après la toux.

27 décembre. — L'hépatisation comprend le lobe inférieur

droit jusqu'à la base. Souffle bronchique éclatant. De temps en temps fortes quintes de toux.

28 décembre. — En arrière et à gauche, hépatisation depuis le haut jusqu'en bas. A gauche aussi vers l'angle inférieur de l'omoplate, rhonchus isolés et fins et souffle bronchique.

Dans la nuit du 29, pas de toux et peu d'expectoration.

30 décembre. — Le matin, de bonne heure, frisson. En arrière et à droite, rhonchus plus gros.

31 décembre. — Poumon gauche : aucune lésion, à droite, signes d'amélioration, expectoration abondante (3 décilitres) très fétide.

1^{er} janvier 1894. — La résolution progresse. La respiration devient plus claire, pas de symptômes cavitaires.

La nuit du 1^{er} au 2, se passe assez bien. Vers trois heures du matin sommeil réparateur.

3 janvier. — Toux fréquente et expectoration (3 décilitres). En arrière, sur tout le côté droit, rhonchus muqueux fins. Sous l'épine de l'omoplate respiration bronchique avec retentissement légèrement amphorique et râles plus gros.

4 janvier. — A droite et en arrière, retentissement tympanique, rhonchus gros et assez sonores. Sous l'épine, la respiration est bronchique. En avant et sur les côtés râles crépitants fins. Expectoration 2 décilitres.

5 janvier. — Toux violente, expectoration très fétide. Dans la matinée, un vomissement.

6 janvier. — A droite, en avant et en haut, retentissement tympanique. En arrière respiration soufflante depuis le haut jusqu'en bas. Dans la moitié supérieure, souffle bronchique intense. Dans la matinée, la toux détermina une expectoration assez abondante et sanglante, plus tard la malade a eu un vomissement.

Dans la nuit du 6 au 7 et vers le matin, vomissements à trois reprises.

8 janvier. — A 4 h. 30 du matin, frisson. A 5 h. 45, le cœur battait à 184 et ses battements s'entendaient à distance. A 9 heures il y avait encore 132 pulsations avec une température de 36°,2.

L'abattement augmente et l'état reste désespéré malgré tous les excitants que l'on emploie.

Dans la nuit du 8 au 9 janvier, à 1 h. 30, mort après des vomissements répétés.

L'autopsie ne fut malheureusement pas accordée.

OBSERVATION V

Rhyner, d'après Eichhorst, *ibidem*.

Commémoratifs: W. Sp..., 22 ans, n'a eu d'autre maladie qu'une pneumonie à 6 ans. Pas d'antécédents héréditaires à noter.

Le 7 décembre 1893, le malade fut pris de frisson et de toux, et continua tout de même à suivre les cours jusqu'au 12 décembre, lorsqu'il cracha du sang et eut un point de côté à droite. Il fit appeler un médecin, et, sur son conseil se fit recevoir le 14 dans le service de médecine de l'hôpital cantonal.

Etat actuel. — Jeune homme de petite taille et d'apparence assez frêle, et de constitution moyenne. Peau sèche, froide, avec de nombreux boutons d'acné sur la poitrine et sur le dos. Pas d'œdème. Visage légèrement cyanosé. Les narines se soulèvent à chaque inspiration. Rien à noter du côté des yeux, de la bouche ou de la gorge.

Thorax aplati, très déformé. La moitié droite du thorax est plus développée que la gauche qui est aplatie.

La colonne dorsale est déviée à droite et l'omoplate gauche abaissée.

Le malade attribue cette déformation du rachis et du thorax à un travail pénible dans sa jeunesse, il a porté de lourds fardeaux.

Du côté du poumon droit, en arrière, depuis la troisième vertèbre dorsale, on entend du souffle; les vibrations thoraciques sont abolies dans la portion inférieure et augmentées en haut. Le murmure vésiculaire est à peine perceptible. Sur le côté, il est légèrement bronchique, accompagné de râles crépitants.

A droite et en avant, depuis la quatrième côte, souffle avec affaiblissement des vibrations thoraciques et quelques râles lointains assez gros.

Au-dessus de la quatrième côte, sonorité à la percussion, respiration vésiculaire et sibilances.

A gauche, partout, sonorité à la percussion, et, seulement en arrière et en bas, sur une étendue d'environ deux travers de doigt, légère respiration bronchique avec râles crépitants. Cœur normal. Rien du côté de l'abdomen à l'inspection, à la percussion et à la palpation.

Le malade a toute sa connaissance, il se plaint de tousser et d'avoir un point de côté à droite. Température, 39°,2, pouls à 104; régulier et plein.

Pas de vomissements. Expectoration visqueuse, colorée en rouge. Constipation. Urines sédimenteuses avec traces d'albumine.

Le microscope y décèle de l'urate de soude, de nombreux cylindres hyalins, des globules blancs et des globules rouges.

Diagnostic. — Pleuro-pneumonie fibrineuse, aiguë, hémorrhagique.

Evolution de la maladie.— Le 18 décembre 1893, les signes de

pneumonie ont disparu à gauche. Il n'y a plus qu'un peu de souffle.

19 décembre. — A droite, depuis la troisième côte jusqu'à la cinquième, on trouve une zone tympanique allant depuis la face antérieure jusqu'à la colonne vertébrale sur laquelle on trouve à la percussion et à l'auscultation des bruits métalliques et de la succussion hippocratique.

Souffle pleurétique un peu plus fort. Succussion hippocratique plus nette et quand on la recherche le malade tousse violemment et expectore.

La ponction exploratrice, dans le neuvième espace intercostal sur la ligne scapulaire, donne du pus épais, qui ressemble à de l'eau de fumier.

Le malade passe en chirurgie avec le diagnostic pyopneumothorax droit. Le même jour, on fait l'empyème avec résection sous-périostée de la côte. Après lavage du champ opératoire, on incise à la hauteur de la neuvième côte droite, sur une longueur de dix centimètres. Ligature des vaisseaux; puis on résèque environ quatre centimètres de côte. A l'ouverture de la plèvre, un jet de pus de mauvaise apparence, déjà putréfié, s'échappe. Le malade se sent soulagé, la toux cesse et la respiration devient plus libre. On place un drain et on met un pansement aseptique.

L'évolution fut extrêmement favorable. La toux cessa bientôt et l'état général s'améliora à vue d'œil. L'appétit et le sommeil revinrent à partir du milieu de janvier.

Jusqu'au 2 janvier, on changea le pansement tous les jours; puis, jusqu'à la fin de janvier, tous les deux ou trois jours. Puis la suppuration diminua peu à peu et le pansement fut fait de plus en plus rarement.

Le 23 février. — La plaie s'était refermée complètement, sauf l'orifice pour le drain.

Le 11 mai on fit pour évaluer l'étendue de la cavité, une injection de sublimé en solution faible et on put constater qu'elle avait diminué et ne laissait entrer que peu de liquide.

Le 26 juin on put laisser de côté le drain pour faire le pansement. La cavité étant très petite on ne mit qu'un peu de gaze iodoformée et le 5 juillet on ne mit qu'un emplâtre. Sécrétion presque nulle.

Le 23 juin. — Le malade sortit avec la recommandation de se faire surveiller encore à domicile par un médecin.

OBSERVATION VI

Rhyner, *ibidem*.

Antécédents. — R... S..., 20 ans, domestique, avait eu pendant son enfance plusieurs accès de faux croup et une rougeole. A part cela il fut toujours très bien portant. Ces dernières années il souffrait chaque hiver d'une toux très opiniâtre, sèche, ainsi que d'oppression quand il se livrait à un travail pénible ou quand il montait un escalier.

Les parents du malade sont vivants. Le père est rhumatisant et la mère a des tumeurs osseuses.

Une sœur a eu l'influenza et souffre d'une affection du coude de nature indéterminée. Cette affection a nécessité la résection du coude. Un frère a été soigné à l'hôpital pour une maladie de poitrine ; il est maintenant bien portant. Chez les trois autres frères il n'y a eu aucune maladie suspecte au point de vue de la tuberculose.

Le 26 novembre 1893, le malade en revenant d'une partie de

plaisir est pris d'un frisson très violent et la toux dont il est coutumier à l'automne reparaît avec une violence inusitée. Le malade se sent fatigué, il est fébricitant, il a des points de côté et est obligé de garder le lit. Il ne fait venir un médecin que huit jours après le début. Le transfert immédiat à l'hôpital est conseillé.

Le 5 décembre 1893 il entre à l'hôpital de Zurich où on constate ce qui suit :

C'est un jeune homme de taille moyenne, bien conformé. Il ne reste pas volontiers couché sur le côté droit, car, dit-il, dans cette position, la toux augmente. Le facies est rouge comme celui d'un fébricitant ; le malade transpire abondamment du visage. Le reste de la peau est sec ; mais chaud. Ni œdème ni exanthème. Le regard est un peu terne, les lèvres sont sèches, légèrement cyanosées. La langue est humide, sale, et grisâtre. La gorge est saine.

R... 40 par minute. Le thorax n'est pas sensible à la pression. La moitié gauche participe plus faiblement que la droite aux mouvements respiratoires.

Du côté gauche, sur toute la hauteur du poumon, en avant comme en arrière, fort tympanisme, surtout au sommet et dans l'espace sus-scapulaire et interscapulaire. Le frémissement vocal est à gauche affaibli partout, mais surtout en arrière. On entend du souffle bronchique plus manifeste à l'expiration qu'à l'inspiration.

Dans tout le côté gauche, le murmure vésiculaire est excessivement faible et à peine perceptible par places.

A droite, la sonorité est légèrement augmentée. A la base, par places, on entend des râles peu nombreux, humides, à bulles moyennes.

Les limites du cœur, à droite, arrivent jusqu'à la ligne pré-sternale, les battements cardiaques sont normaux.

Les organes abdominaux ne présentent rien de particulier.

Le malade tousse beaucoup, expectore de même, surtout des mucosités.

Urines normales.

Légère constipation. L'appétit et le sommeil sont mauvais ; le pouls est à 132, faible et manifestement dicrote. Température 39°.

Diagnostic clinique. — Pleurésie gauche avec épanchement.

Le 8 décembre. — Ponction exploratrice qui amène une petite quantité de liquide séreux, jaunâtre.

Le 12 décembre. — Le malade rejette une grande quantité d'une expectoration putride se divisant en quatre couches.

Le 16 décembre. — Bruit de succussion très manifeste.

Le 19. — Le malade est présenté à la clinique et on constate : facies très pâle, fièvre hectique, pouls régulier, mou, dépressible, 120 pulsations par minute. Légère oppression. Toux rare, paroxystique ; expectoration abondante due à la vomique. Le liquide est nauséabond et se divise en quatre couches. Pendant la toux, la moitié gauche du thorax est complètement immobilisée.

A l'auscultation, on constate à droite et en avant, ainsi que sur les parties latérales des râles et des sibilances. En arrière, partout le murmure vésiculaire est normal. A gauche, on entend une respiration bronchique, surtout à l'expiration. L'inspiration ne s'entend pas. Dans ce côté, jusqu'à la base, la respiration est complètement abolie.

Le frémus vocal manque à gauche sur une petite étendue, entre la troisième et la quatrième côtes, correspondant à la bronche gauche. Bronchophonie à gauche, avec tintement métallique. Egophonie. Tintement métallique à l'auscultation pendant qu'on percute. Succussion hippocratique très manifeste.

La ponction exploratrice dans le dixième espace intercostal gauche amène un liquide purulent un peu hémorrhagique.

Les bruits du cœur arrivent en haut jusqu'à la troisième côte et à gauche presque jusqu'à la ligne mamelonnaire gauche, et à droite elle dépasse de un centimètre et demi le bord sternal droit. Les bruits du cœur sont nets. Le deuxième bruit aortique est légèrement accentué. En discutant le diagnostic, le professeur Eichhorst se prononce pour un pneumothorax, non seulement à cause du tintement métallique, mais encore et surtout parce que le murmure vésiculaire est complètement aboli à gauche, tandis que la percussion donne une sonorité exagérée. Car si l'absence de murmure vésiculaire peut s'expliquer par sténose ou compression de la bronche, la dyspnée serait excessive, tandis que, et c'est le cas, dans le pneumothorax la dyspnée fait défaut, car la pression dans l'espace interpleural est égale à la pression atmosphérique extérieure. Il s'agit, non pas d'un pneumothorax simple, mais, comme cela arrive presque toujours, d'un hydro-pneumothorax, ce qui est démontré par l'existence du bruit de succussion et par le tympanisme au-dessus de l'espace semi-lunaire de Traube.

Quant aux caractères du liquide qui se trouve dans la cavité pleurale, après la ponction aucun doute ne peut subsister. Du reste, même sans cette ponction, déjà l'expectoration putride et la fièvre hectique qui doit être attribuée à la résorption de substances septiques justifient le diagnostic de pyopneumothorax.

Quant à l'origine de ce dernier il faut admettre qu'un épanchement pleurétique a pénétré dans le poumon et est venu ainsi en contact avec l'air, car l'expectoration putride existait déjà avant les signes du pneumothorax.

On peut faire de la manière suivante le tableau des phénomènes pathologiques qui se sont succédé.

Il résulte de l'anamnèse que le malade avait, avant son entrée, à l'hôpital, une pneumonie fibrineuse gauche; à la suite de cette pneumonie il s'est formé dans le poumon gauche un foyer gangréneux, d'abord latent qui, petit à petit s'est rapproché de la plèvre pulmonaire et a provoqué une pleurésie séreuse.

Mais ensuite, à mesure que le processus gangréneux se propageait vers la plèvre, cette perforation s'est produite. L'air, les sécrétions pulmonaires ont pénétré du foyer gangréneux dans la plèvre et ont donné à l'exsudat pleurétique déjà existant son caractère pyo-gangréneux.

20 décembre. — On trouve dans l'expectoration un volumineux caillot sanguin, manifestement d'origine artérielle. Tous les signes du pyo-pneumothorax sont très manifestes.

La ponction exploratrice dans le neuvième espace intercostal amène du pus d'une odeur insupportable. Le malade est transporté à la clinique chirurgicale afin de subir l'opération de l'empyème.

L'histoire ultérieure de ce malade, brièvement résumée est la suivante :

La sécrétion purulente étant, après l'opération, très abondante, le pansement fut changé tous les jours jusqu'au 7 septembre 1894 et ensuite tous les deux jours; aujourd'hui, en novembre 1894, le malade est encore à la clinique.

La plaie opératoire s'est fermée depuis longtemps mais une fistule a persisté qui nécessite le maintien du drain.

Pendant tout ce temps le malade avait de la fièvre. La plupart du temps la fièvre était hectique, avec exaspérations vespérales allant jusqu'à 38° et 39°, dépassant rarement 39°.

L'expectoration a persisté pendant des mois et des mois après l'opération et est restée purulente et se divisant en quatre couches. Cependant, ces derniers temps, sa putridité avait petit à petit diminué; par contre, elle est devenue de temps en

temps hémorrhagique et est restée très-abondante.

Au poumon gauche les vibrations thoraciques sont affaiblies, le murmure vésiculaire extrêmement faible à peine perceptible. Le malade respire très superficiellement, car les inspirations profondes provoquent des accès de toux. Ces accès de toux constituent toujours le principal symptôme dont se plaint le malade et amènent quelquefois, surtout le matin, des vomissements.

Le malade est fortement amaigri, il souffre d'anorexie et d'insomnie.

L'urine est toujours normale.

OBSERVATION VII

Barth, *Union médicale*, 30 janvier 1890.

Le 22 décembre un autre malade de la salle Delpech, le n° 19, depuis longtemps en traitement pour une bronchite chronique avec dilatation des bronches et qui allait aussi bien que possible, a été pris, lui aussi, d'une fièvre violente avec mal de tête, rachialgie et courbature. Dès le surlendemain, sans aucune rémission de la température, il se plaignait d'étouffements, de douleurs thoraciques; en même temps les crachats, jusqu'alors presque blancs et sans odeur appréciable, prenaient une putridité marquée et une coloration brunâtre de mauvais augure.

En très peu de jours la faiblesse a fait de rapides progrès, des foyers de râles fins avec respiration soufflante se sont manifestés en différents points des poumons; il s'est produit de la

diarrhée, des sueurs visqueuses, puis du coma et le malade n'a pas tardé à succomber. A l'autopsie nous avons trouvé les bronches dilatées, remplies d'une sanie infecte et de nombreux noyaux de broncho-pneumonie putride parsemant le parenchyme pulmonaire.

OBSERVATION VIII

Scherb, in *Bulletin médical de l'Algérie*.

Le 1^{er} décembre 1893 est entré à la salle Trousseau le nommé F. L..., âgé de 47 ans.

Ce malade était évacué d'un service chirurgical pour une affection pulmonaire contractée dans les salles de l'hôpital.

Il était banquier, chanteur ambulancier, et avouait avoir énormément bu.

Aucun antécédent héréditaire. Comme antécédents personnels, il affirmait avoir eu à l'âge de 17, 18, 19 ans, trois affections pulmonaires du côté droit. De plus, il avait été impaludé en 1882 et 1883, au Fort-de-l'Eau; depuis cette époque, les fièvres l'avaient repris chaque année.

Début. — Il y a cinq jours, à neuf heures du soir, le 25 novembre, le malade a ressenti un frisson subit qui a duré une heure, suivi d'un point de côté très violent à droite. Une fièvre intense l'a depuis obligé à rester couché.

Etat actuel. — Le corps, à l'examen, ne présente ni œdème, ni ictère. L'artère radiale est rude et sinueuse. Le malade paraît plus âgé qu'il ne l'est réellement. Il est très constipé et expectore des crachats visqueux et adhérents, mais pas rouillés. La

langue est opaline, brillante et humide, affectant cette teinte porcelainique signalée par M. Faisans, l'an dernier, et que M. Raynaud a observée dans l'épidémie actuelle, chez les trois quarts des grippés (communication à la Société médicale des hôpitaux, 2 février 1894).

A la percussion. Submatité en arrière, à droite dans la région scapulaire ; au-dessous, matité absolue.

A l'auscultation, le tiers inférieur du poumon droit donne du souffle et des râles crépitants à la fin de l'inspiration avec de gros râles bronchiques. Plus haut des sibilances.

Bronchophonie, pectoriloquie aphone.

Les vibrations sont légèrement exagérées.

Dans le poumon gauche, râles sibilants et muqueux.

Le cœur est normal, le pouls est à 96. La température donne 38°,8.

Le malade est dans une prostration extrême, il est anéanti ; il ressent des courbatures dans tous les membres ; l'asthénie dans laquelle il se trouve est certainement hors de proportion avec les symptômes thoraciques.

Nous diagnostiquons une broncho-pneumonie grippale, et nous lui prescrivons une infusion de digitale à 0 gr. 50, de la quinine et des cordiaux. On lui applique des ventouses scarifiées à la base droite en arrière.

La température reste entre 38°,5 et 39° jusqu'au 9 décembre avec une légère rémission matinale.

Ce jour-là, nous constatons que la matité à droite en arrière persiste. Absence complète de vibrations et de murmure vésiculaire. Température locale beaucoup plus élevée à droite, à la base. Sous l'aisselle, le murmure vésiculaire disparaît dans la station verticale ; on le perçoit faiblement dans le décubitus.

Plus de râles crépitants ni de sous-crépitations.

Pas d'égophonie.

On songe à une pleurésie sèche ou suivie d'un faible épanchement, mais on ne fait pas de ponction exploratrice.

La langue est toujours opaline. Il y a une gêne croissante de la respiration.

Le 8 décembre. — De nouvelles ventouses scarifiées sont placées sur le côté droit en arrière.

La médication quinique est abandonnée pour l'antipyrine.

Le 9 décembre. — L'état général s'aggrave, le pouls à 88 est petit et misérable.

Prostration et dyspnée. La température se maintient entre 38° et 39°. On pratique une injection hypodermique de caféine, 0 gr. 50.

Le 11 décembre. — Etat adynamique. Toux vive. Le malade a eu du méloena et une épistaxis dans la nuit. A dix heures, il est pris d'un violent frisson et sa température monte à 10 h. 1/2 à 40°,6.

Cette élévation thermique dure deux heures et demie et la température redescend à 37°,3.

Le 12 décembre. — La sonorité semble revenue à droite ; on note même du tympanisme. L'oreille décèle de gros râles muqueux, mais aucun signe pleurétique. Les urines sont très colorées. Le malade se sent mieux et l'accès de fièvre que l'on suppose alors malarique, semble avoir eu une heureuse influence ainsi que l'hémorrhagie intestinale. Caféine, 1 gramme, 1 gramme quinine.

Le 13 décembre. — Le pouls est à 100, le facies est terreux. Enfin le 16 décembre, le malade est pris de vomiques depuis trois heures du matin ; c'est un liquide de nature purulente, d'odeur infecte, de couleur café au lait. Nous remarquons de l'anxiété, de l'anhélation, et de gros gargouillements, du souffle caverneux, des signes cavitaires, de la pectoriloquie à la base droite.

On diagnostique une gangrène pulmonaire par ouverture probable d'un émpyème dans les bronches.

La situation est trop grave et considérée comme désespérée, aussi ne pratique-t-on pas de ponction ou d'ouverture de la plèvre.

Potion d'hyposulfite de soude, quatre grammes.

Le malade meurt à huit heures du soir.

La nécropsie est pratiquée le lendemain.

Le poumon droit présente de nombreuses et fortes adhérences avec le diaphragme et les parois costales. La plèvre contient un liquide purulent, fétide, qu'on peut évaluer à un litre.

C'est un liquide de couleur café au lait avec des îlots de matière noirâtre. Le sillon interlobaire inférieur est occupé par une caverne gangréneuse, à bords anfractueux. Autour de cette sorte de poche principale, mais surtout dans tout le lobe inférieur, existent d'autres cavernes à fonds mal limités, d'où s'écoule le même pus fétide. Il existe à ce niveau une perforation à sens vertical de deux ou trois centimètres.

Ces cavernes constituées par des noyaux de pneumonie lobulaire sphacélés du centre à la périphérie, sont entourés d'une zone pulmonaire à l'état d'hépatisation grise, friable, presque fondue; plus loin et plus haut se trouvent des zones de pneumonie catarrhale.

Enfin le foie présente des adhérences diaphragmatiques par inflammation (périhépatite).

Il faut noter l'aspect gris verdâtre avec noyaux noirâtres de tout le lobe inférieur. Ce sont là des lésions de la gangrène diffuse.

Le poumon gauche très congestionné, est lisse à la coupe et imprégné de muco-pus qui vient des canaux bronchiques. Il présente un aspect splénique manifeste (pneumonie épithéliale de Charest).

On ne signale ni tubercules, ni granulations grises. Le foie est sain.

Rien aux autres organes.

OBSERVATION IX

Laffitte. Thèse de Bordeaux, 1895.

La nommée B... (Marie, veuve G...), âgée de 45 ans, profession de couturière, entre à l'hôpital le 16 novembre 1893. Elle occupe le lit n° 17 de la salle Claude Bernard.

Rien à noter comme antécédents héréditaires ou personnels.

Maladie actuelle. — La malade souffre depuis environ quatre semaines d'une douleur assez violente, siégeant à la partie gauche du thorax, au-dessous du sein. Cette douleur a été précédée d'une lassitude générale pendant deux jours, puis est survenu un violent frisson qui a duré une heure et demie ou deux heures.

Depuis, il y a de la toux, un peu de dyspnée, de l'insomnie.

A son entrée, le 16 novembre au soir, la température était de 38°,4. Elle est de 39°,6 le 17 au matin.

Examinée à ce moment, on constate les signes suivants :

A la percussion, un peu de skodisme sous les clavicules, sonorité normale en avant.

En arrière, matité dans les deux tiers inférieurs du thorax, des deux côtés.

L'auscultation révèle à gauche en avant : gros râles sibilants au sommet, à la base, quelques frottements pleurétiques ; à droite, quelques râles sibilants disséminés et peu nombreux.

En arrière, aux deux sommets : respiration puérile, dans les deux tiers inférieurs du thorax, surtout râles sous-crépitaux moyens et souffle bronchique. A la base gauche, broncho-égophonie.

Les vibrations n'ont pas subi au palper de modifications sensibles.

Les crachats sont muco-purulents, légèrement visqueux, bien aérés.

Ils ont été rouillés au dire de la malade, pendant quelques jours au début de l'affection.

La dyspnée est très intense. La malade très abattue, présente un léger œdème des jambes.

Rien au cœur.

Pas de trace d'albumine dans les urines.

La langue est blanche, légèrement jaunâtre vers la partie moyenne.

La malade va bien à la selle; pas de diarrhée.

On diagnostique pleuro-pneumonie double d'origine grippale.

Traitement. — Ventouses. Potion avec kermès 0 gr. 10, codéine 0 gr. 05, toniques, lait.

18 novembre. — Temp. 38°. La dyspnée est moindre. L'état adynamique est aussi marqué que la veille. Les signes stéthoscopiques sont les mêmes.

Le lobe supérieur du côté gauche est envahi par des râles sous-crépitaux qui remontent jusque dans la fosse sus-épineuse.

Même traitement.

19 novembre. — L'exsudat se ramollit des deux côtés; la phlegmasie s'étend à gauche vers la ligne axillaire. La dyspnée reprend son intensité. Les bruits du cœur sont faibles et précipités. Les parties antérieures des poumons sont relativement saines.

On ajoute au traitement une injection de caféïne de 0 gr. 50.

21 novembre. — Etat sensiblement le même.

L'examen direct des crachats permet d'y constater la présence du pneumocoque.

22 novembre. — Le poumon gauche est complètement envahi sur la ligne axillaire par la phlegmasie.

24 novembre. — Adynamie extrême. Pouls très petit ; sub-délire. Râles muqueux dans les deux lignes axillaires. Une eschare commence à se former au sacrum. On donne à la place de la caféïne du sulfate de spartéine en injection et on adjoint de l'alcool au traitement institué.

26 novembre. — Même état général ; la malade a eu plusieurs syncopes. L'eschare au sacrum a la grandeur d'une pièce de cinq francs.

La nuit a été un peu plus calme. On continue le traitement par la spartéine et l'alcool.

27 novembre. — La malade asphyxie, les ongles et les doigts sont violacés. Au sacrum une nouvelle eschare, grande comme une pièce de un franc. L'œdème des jambes a légèrement augmenté. Pas de changement dans l'état général.

28 novembre. — Extinction de la phlegmasie à droite, en avant ; en arrière râles muqueux à très grosse bulles, crachats visqueux, purulents, quelques-uns bruns, noirâtres, couleur de café, fétides.

30 novembre. — L'expectoration présente les mêmes caractères ; la malade a plusieurs faiblesses dans la matinée ; le pouls est insensible. La mort arrive à 4 h. 1/2 du soir.

Autopsie. — Le 1^{er} décembre, à 9 h. 1/2 du matin, à l'ouverture du thorax, nous trouvons des adhérences généralisées du poumon gauche à la paroi thoracique et au diaphragme. A la partie inférieure en arrière, le cul-de-sac pleural renferme environ

150 à 200 grammes d'un liquide purulent. Quelques brides fibreuses se trouvent également à droite.

Au sommet gauche du poumon, nous constatons la présence de quelques cavernules de la taille d'un pois ou plus petites, remplies d'une substance caséuse à demi solide, pas de tubercules paraissant en voie d'évolution.

La partie du poumon contiguë au diaphragme est creusée d'une cavité, à parois irrégulières, déchiquetées, paraissant formée par la réunion d'une série de cavités plus petites. Le liquide qu'elle renferme de couleur foncée, est extrêmement fétide. La portion supérieure du lobe inférieur, est à l'état d'hépatisation grise, avec çà et là des noyaux brunâtres, paraissant sphacelés.

Le poumon droit est simplement congestionné en avant, ainsi qu'au sommet. Le lobe inférieur présente un état intermédiaire entre l'hépatisation rouge et l'hépatisation grise.

La rate est légèrement hypertrophiée.

Le foie, atteint de périhépatite à sa face supérieure, est très congestionné, ses vaisseaux béants.

Les reins sont petits, atrophiés.

Le cœur est à peu près normal comme volume, la fibre cardiaque est pâle et fragile.

Du côté des organes génitaux nous trouvons une dégénérescence kystique de l'ovaire gauche.

OBSERVATION X

Moreau, in thèse de Laffitte.

Bronchite et parésie des membres inférieurs, consécutives à une grippe, Faradisation et sulfureux. Gangrène pulmonaire. Injections d'eucalyptol. Mort.

R..., femme de 59 ans, habitant Paris, gibbeuse, fatiguée par le travail (couturière), convalescente, dit-elle, d'une fluxion de poitrine survenue à la suite de la grippe et dont « elle a failli mourir ».

23 décembre. — Actuellement, toux, expectoration épaissie, jaunâtre le matin surtout ; aucune zone de matité dans la poitrine, mais partout des râles sibilants, et quelques râles muqueux aux deux bases en arrière. Oppression.

Le symptôme dont se plaint surtout la malade est une impuissance fonctionnelle croissante des membres inférieurs, accompagnée de sensations douloureuses dans les jambes, à de certains moments.

Diagnostic. — Bronchite chronique et myélite, consécutive peut-être à l'attaque de grippe survenue chez la malade, et au cours de laquelle il y aurait eu un noyau de broncho-pneumonie simulant une pneumonie lobaire franche.

Traitement. — Eaux-Bonnes. Faradisation des membres inférieurs pendant un quart d'heure chaque jour.

Du 24 au 31 décembre. — Amélioration des symptômes bronchiques. Etat stationnaire de la paralysie.

Du 3 au 8 janvier. — Recrudescence des phénomènes pulmonaires. Sensations douloureuses dans le lobe supérieur gauche,

mais rien de perceptible, ni à la percussion, ni à l'auscultation.

Pas de changement dans l'expectoration. Oppression considérable.

Un peu de fièvre, anorexie, langue chargée et sèche. La malade ne peut plus quitter son lit.

Du 9 au 15 janvier. — Fièvre persistante ; même symptôme que ci-dessus, de plus submatité dans la fosse sous-épineuse gauche ; œdème des membres inférieurs ; diarrhée, urines rares.

Diagnostic. — Nouveau point de broncho-pneumonie centrale du lobe supérieur gauche.

Traitement. — Teinture d'iode, *loco dolenti*. Tisane pectorale chaude. Eaux-Bonnes et faradisation ont été abandonnées. Lait. Potion tonique avec rhum et quinquina.

Du 15 au 18 janvier. — Moins de fièvre, mais persistance des symptômes locaux et généraux. Une certaine fétidité se remarque dans la chambre de la malade et est attribuée à sa diarrhée.

18 janvier. — L'entourage de la malade a remarqué quelques crachats noirâtres, mais ne les a pas signalés au médecin.

L'odeur fétide est toujours attribuée à la diarrhée et peut être à une eschare qui est en train de se former au sacrum.

20 janvier. — Crachats noirâtres, abondants, d'une extrême fétidité, ne laissant pas le moindre doute sur l'origine de la mauvaise odeur perçue depuis quelques jours et l'existence d'une gangrène pulmonaire.

Traitement. — Toniques, quinquina, injections hypodermiques de solution d'eucalyptol Roussel.

21, 22 janvier. — Aggravation progressive. Même traitement.

23 janvier. — Mort.

OBSERVATION XI

Laffitté. Thèse de Bordeaux, 1895.

Plaques gangréneuses et ecchymotiques survenant à la suite d'une violente colère, chez une malade atteinte de goître exophtalmique. Grippe contractée durant son séjour à l'hôpital. Gangrène pulmonaire. Mort.

La nommée L. E..., célibataire, âgée de 56 ans, entre le 7 janvier 1894, dans la salle Claude-Bernard, où elle occupe le lit n° 16.

Les antécédents héréditaires sont inconnus.

Comme antécédents personnels, la malade nous fournit les renseignements ci-dessous.

Elle a été soignée en 1884, à l'hôpital de Mustapha, salle Bichat F. (service de la Clinique médicale), pour œdème généralisé et affection cardiaque. Elle a fait dans le même service un deuxième séjour en 1885 pour la même maladie (goître exophtalmique d'après le médecin qui l'a soigné). Sortie fort améliorée, elle n'a jamais été malade depuis cette époque. Elle est excessivement nerveuse, très impressionnable et accuse quelques palpitations.

A un examen superficiel nous constatons une exophtalmie assez marquée et une hypertrophie légère de la glande thyroïde.

La maladie actuelle a débuté il y a deux jours, le 5 janvier au soir, et voici à peu près le récit de la malade.

Le vendredi 5 janvier, à la suite d'une violente colère, consécutive à une altercation qu'elle a eue avec son propriétaire, la

malade s'est aperçue, par hasard, que son nez présentait une tache d'un noir violacé. Le lendemain matin, cette tache s'est élargie en même temps que des taches semblables se montrent à la face dorsale des avant-bras et des mains. Ces taches vont s'élargissant, durant la journée du samedi; le dimanche matin, la malade rentre à l'hôpital, passablement effrayée.

Examen. — On constate sur le nez une tache noire, de forme régulière, presque symétrique par rapport à une ligne médiane, occupant le lobule du nez et empiétant légèrement sur les ailes. Elle remonte sur une hauteur d'environ deux centimètres, et tranche vivement sur le reste du tégument qui a conservé sa coloration normale. Elle en est séparée par une étroite auréole de couleur rouge foncé de 1 millimètre à 1 millimètre 1/2 de largeur. Les bords en sont réguliers, continus, sans sinuosités. Ils ne sont ni saillants ni déprimés par rapport aux parties saines.

Au poignet gauche, des taches noires ou couleur lie de vin occupent la face dorsale. On en constate également quelques-unes à la face dorsale de la main et des doigts. Ceux-ci présentent à leur extrémité une teinte bleuâtre, et au milieu d'une tache qui occupe toute la face dorsale de la première phalange de l'index, on remarque une petite phlyctène arrondie, de la taille d'une grosse lentille, dont le contenu paraît être du sang extravasé.

A la main droite, et surtout aux doigts, toujours sur la face dorsale, on voit des taches identiques à celles précédemment décrites, mais plus étendues et plus foncées. Tous les ongles sont d'un noir violacé. Le médius et l'annulaire portent des phlyctènes, à contenu noirâtre, de forme à peu près ovalaire à grand axe, dirigé parallèlement à celui des doigts. Celle du médius occupe les deux premières phalanges; celle de l'annulaire, la première seulement. A leur partie supérieure, elles se

réunissent en une seule dirigée transversalement et s'étendant sur la racine des trois derniers doigts, avec une largeur variable de 1 à 2 centimètres.

Enfin des taches noires arrondies, mais plus petites, se trouvent à l'extrémité de la pulpe des doigts, presque sous l'ongle.

Il n'existe pas d'autres taches sur le corps ; rien aux mains, à la face palmaire ; rien aux avant-bras du côté de la flexion. La température est notablement abaissée aux extrémités supérieures. Le pouls radial est petit et très rapide.

L'examen des différents organes ne révèle rien d'anormal.

A l'auscultation du cœur, on constate de la tachycardie. Les battements cardiaques présentent dans leur succession un rythme bizarre que notre chef de service compare au rythme respiratoire de Cheyne-Stokes.

Pas de bruits anormaux.

La glande thyroïde, bien qu'hypertrophiée, ne présente pas un volume considérable.

Peu d'exophtalmie, pas de tremblement ; la malade est dans un état d'émotivité marqué, que les symptômes qu'elle vient de voir apparaître chez elle expliquent suffisamment.

Les fonctions digestives se font très bien, au dire de la malade.

Pas d'œdème. Pas d'albumine dans les urines.

Le diagnostic est laissé en suspens, on se contente de chercher à calmer l'état nerveux de la malade. On prescrit bromure de potassium 4 grammes, et on fait appliquer des compresses résolutives sur les mains et les avant-bras.

10 janvier. — La partie la moins foncée des taches pâlit et disparaît peu à peu aux mains et aux doigts, les phlyctènes persistent.

Sur le lobe du nez se forme une croûte noirâtre occupant toute l'étendue de la tache, l'étroit liseré rouge qui la bordait a disparu.

La malade a eu le 8 et le 9, deux épistaxis peu abondantes.

Le cœur est toujours dans le même état.

Même traitement.

15 janvier. — La partie périphérique des taches continue à pâlir en passant par la série des teintes de l'ecchymose en voie de régression.

La malade a enlevé une grande partie de l'épiderme recouvrant les phlyctènes.

On entoure les doigts de compresses bariquées humides. La croûte du nez est légèrement surélevée et est en train d'être éliminée.

On continue le traitement.

17 janvier. — La malade a passé une mauvaise nuit. Elle a eu quelques frissons, de la fièvre, et a mal dormi. Elle tousse et est oppressée.

A l'auscultation, les signes cardiaques n'ont pas changé, et on ne trouve à la poitrine que quelques râles sibilants disséminés dans la moitié inférieure des deux poumons en arrière.

On n'y attache pas grande importance; on prescrit des badiageonnages iodés et une potion calmante avec extrait thébaïque 0 gr. 05.

19 janvier. — Les plaies des doigts se dessèchent et se couvrent de croûtes, mais l'état général a empiré.

La malade a de la dyspnée, de la fièvre. Elle est dans un état de prostration marquée, la langue est saburrale. En outre, dans la moitié inférieure du poumon droit, on constate de la submatité à la percussion; à l'auscultation on entend un souffle bronchique d'intensité moyenne et quelques râles sous-crépita^{nts}. La partie supérieure du poumon droit et tout le poumon gauche sont le siège de râles sonores disséminés.

La malade expectore quelques crachats visqueux, transparents, sans caractères bien nets.

On diagnostique : Grippe contractée dans le service, à manifestation thoracique et on prescrit comme traitement : Ventouses sèches. Potion tonique. Potion avec Kermès 0 gr. 10 et codéïne 0 gr. 05.

20 janvier. — Même état.

22 janvier. — La zone de submatité s'est élevée en arrière à droite. Elle remonte jusqu'à environ deux doigts au-dessus de l'angle inférieur de l'omoplate. A la base, en arrière, il y a de la matité franche. Néanmoins les vibrations vocales ne sont pas abolies; à l'auscultation on perçoit à ce niveau de nombreux râles sous-crépitaux et de la broncho-égophonie.

On conclut à un peu de para-pneumonie. A gauche mêmes signes. On continue le traitement.

24 janvier. — La malade est assise sur son lit, en proie à une dyspnée des plus intenses. Les lèvres sont bleuâtres, les extrémités froides, violacées, le pouls à peine perceptible, filiforme. Les battements du cœur sont très rapides et très faibles. On n'ausculte pas la malade pour ne pas la fatiguer. On fait de nouveau appliquer des ventouses et on ajoute au traitement une potion avec digitaline de Mialhe XL gouttes à prendre dans la journée, puis on fait une injection de caféïne 0 gr. 50.

25-26 janvier. — Malgré l'application répétée des ventouses, la dyspnée est toujours aussi intense, l'adynamie paraît un peu moindre, on en profite pour ausculter la malade.

Le poumon droit en arrière est rempli de râles sous-crépitaux de tout volume, à la base ils constituent presque du gargouillement. En avant et à gauche on ne perçoit que des sibilances et de la respiration rude.

L'expectoration rare jusqu'ici, est devenue assez abondante ces deux derniers jours. Les crachats sont verdâtres, striés de noir et d'odeur douteuse. On prescrit comme traitement, digitaline de Mialhe XL gouttes. Potion alcoolisée. Potion avec

hyposulfite de soude 4 grammes (on pense à la gangrène pulmonaire).

Le 27 au matin, la malade asphyxie, le pouls est très rapide, incomptable, l'expectoration (un crachoir 1/2) est nettement fétide. On prescrit quatre injections de 0 gr. 25 de caféine dans la journée. La mort survient à deux heures de l'après-midi.

Autopsie. — Le 28 janvier au matin.

Les points, sièges d'ecchymoses ou de phlyctènes sont recouverts de débris épidermiques desséchés et de croûtes. L'eschare du lobule du nez n'a pas été éliminée.

A l'ouverture du cadavre, nous trouvons la glande thyroïde plus hypertrophiée que nous ne l'avions jugé à la palpation. Cette hypertrophie porte surtout sur le lobe gauche de la glande qui mesure de 8 à 9 centimètres de long et descend jusqu'au niveau de l'articulation sterno-claviculaire.

Le péricarde contient une certaine quantité de liquide citrin qu'on évalue à 120, 150 grammes. A la surface du cœur, les veines coronaires sont saillantes, gorgées de sang, l'organe lui-même, de couleur feuille morte, est hypertrophié. L'hypertrophie porte sur le ventricule gauche dont la paroi mesure environ deux centimètres ou deux centimètres et demi d'épaisseur.

La fibre cardiaque est friable et évidemment dégénérée.

Au niveau de la partie moyenne et inférieure du poumon droit, en arrière et dans la ligne axillaire, nous trouvons de nombreuses adhérences.

Le lobe inférieur ne peut être amené en entier.

Les débris qui en restent paraissent creusés de cavités plus ou moins grandes, anfractueuses, qui lui donnent l'aspect d'une éponge. La couleur grise des parois de ces cavernes, la fétidité du liquide qu'elles renferment ne laissent pas de doute sur la nature du processus qui leur a donné naissance.

Les lobes supérieur et moyen sont hépatisés, mais ne sont pas arrivés à la période de l'hépatisation grise.

Le poumon gauche présente des signes de congestion intense. Il est rouge, violacé, et laisse échapper à la coupe un liquide spumeux et sanguinolent.

La rate et le foie sont hypertrophiés, ce dernier organe est gorgé de sang est présente à la coupe une couleur foncée.

Le rein ne présente pas de lésions de néphrite bien nettes. Il est plutôt petit, se décortique bien et présente seulement (rein gauche) deux ou trois tractus fibreux partant de la capsule et s'enfonçant dans le parenchyme au voisinage du bassin.

Le rein droit et le cerveau n'ont pas été examinés.

OBSERVATION XII

Bourbier, thèse de Laffitte.

Faiblesse générale. Grippe. Hémoptysie abondante. Broncho-pneumonie.
Entérorrhagie. Gangrène pulmonaire. Mort. Autopsie.

Le nommé M... (François), âgé de 42 ans, tailleur de pierres entre le 2 janvier 1895 dans le service de M. le Dr Saliège, salle Pasteur, où il occupe le lit n° 35.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une attaque à l'âge de 68 ans, la mère âgée de 70 ans, vit encore et se porte fort bien.

Antécédents personnels. — M..., accuse des habitudes d'éthylisme; il a été malade « d'épuisement » pendant trois mois en 1882.

En outre, depuis sept mois environ, il souffre par intermittences de douleurs vagues dans le côté droit. Le 22 décembre

dernier il a eu de la lassitude, de la courbature générale, quelques frissons assez intenses, perte d'appétit et de la fièvre. Ces symptômes s'accusent dans la journée du 23 et l'obligent à suspendre son travail le 24.

Ce jour-là le malade se met à tousser et à cracher du sang, à peu près pur au début, puis de couleur brune, « comme caillé et corrompu ». Cette hémoptysie a duré cinq jours et le malade évalue à environ deux litres la quantité de sang qu'il a perdu de la sorte.

Il entre à l'hôpital le 2 janvier. La température du soir est de 38°. Le lendemain matin 3 janvier, elle s'élève à 38°,8.

Examiné à ce moment, le malade est prostré, abattu; la langue est légèrement saburrale, recouverte d'un enduit blanchâtre sur les bords.

À la percussion du thorax on trouve de la submatité en arrière dans la gouttière costo-vertébrale.

L'auscultation révèle au sommet de l'expiration rude, soufflante; à la base, des râles sibilants et ronflants et diminution notable du bruit respiratoire. En avant la sonorité est normale, l'auscultation fournit les mêmes signes qu'en arrière.

La toux est fréquente, l'expectoration visqueuse, muco-purulente, quelques crachats sont striés de sang.

On diagnostique : Bronchite grippale généralisée, broncho-pneumonie à droite.

On prescrit comme traitement : Ventouses scarifiées à la partie inférieure à droite du thorax. Une potion avec ergotine 4 grammes. Des toniques.

Le 3, le 4 et le 5, le malade se sent mieux, la température est tombée progressivement à 37°. Il n'y a plus de sang dans les crachats.

Le 5 au soir la température remonte à 38°.

Suppression de l'ergotine.

6 janvier. — Dans la journée le malade est pris d'une dyspnée intense à laquelle on cherche à remédier par l'application de ventouses sèches ; la température monte à 39°,6 à 2 heures de l'après-midi pour retomber à 38°,6 le soir à 8 heures.

7 janvier. — Température 38°. Les signes stéthoscopiques se sont modifiés. On constate une légère matité à la base droite en arrière.

Sur toute la partie postérieure jusqu'à l'épine de l'omoplate, on perçoit de gros râles muqueux et sonores ; dans la fosse sus-épineuse des bouffées de râles sous-crépitaux très fins.

En avant, on ne trouve que de la rudesse du bruit respiratoire et des sibilances.

A gauche, mêmes signes, sonorité normale.

8 et 9 janvier. — Même état, la température oscille entre 38° et 39°.

Le 10. — Au matin, on trouve de la matité franche dans le tiers inférieur du poumon droit en arrière. Tout bruit a disparu à ce niveau, sauf quelques râles sous-crépitaux qui paraissent éloignés.

Les crachats sont visqueux, noirs bruns, d'une fétidité horrible, rappelant l'odeur des matières fécales.

On conclut à de la gangrène pulmonaire et on ajoute au traitement :

Elixir tannique, 5 cuillerées à bouche.

Potion avec hyposulfite de soude, 4 grammes.

11 janvier. — Même état. L'expectoration paraît un peu moins abondante que la veille, mais n'est pas modifiée quant à ses caractères ; elle est toujours d'une fétidité repoussante. La veille, au soir, vers dix heures, le malade a eu une entérorrhagie.

12 janvier. — On trouve toujours de la matité à la base en arrière à droite. A l'auscultation, un souffle intense à timbre amphorique est perçu dans tout le tiers inférieur du poumon.

Ce souffle, à maximum dans la gouttière costo-vertébrale, au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate, se propage en avant jusque dans l'aisselle. Il n'y a ni tintement métallique, ni sensation de flot à la succussion du thorax.

A droite en avant, et dans le poumon gauche, râles sous-crépitants moyens et sibilances.

13 janvier. — Même état. Le malade est très affaibli mais ne souffre pas du tout.

14 janvier. — On note de la matité sur toute la hauteur du poumon droit en arrière. Les signes cavitaires sont plus étendus. La succussion hippocratique donne une vague sensation de flot. A l'auscultation, le bruit de souffle est toujours aussi intense. Les vibrations sont en partie conservées à la palpation, sauf à la base droite, où tout bruit a disparu. A la partie moyenne, retentissement de la voix et pectoriloquie aphone. On continue le traitement.

Rien de changé, du reste, dans l'expectoration.

15 janvier. — Expectoration très abondante, couleur marc de café ; le malade « est bien et ne souffre pas du tout de sa poitrine. » Rien ne justifie, du reste, cette amélioration subjective.

Les signes stéthoscopiques n'ont pas varié, la dépression est extrême, le pouls radial imperceptible, et en effet, le malade meurt à deux heures de l'après-midi, après une vomique abondante dans la matinée.

Autopsie. — L'autopsie, pratiquée le lendemain, 16 janvier, par M. Bourlier et moi, nous donne les résultats suivants :

A l'ouverture du thorax, nous trouvons dans la plèvre droite un épanchement que nous évaluons à 1 litre 1/2 environ.

Le liquide est transparent, citrin. Sur le feuillet viscéral de la plèvre, se montrent quelques flocons de pus jaunâtre et quelques brides récentes vont d'un feuillet à l'autre. Le poumon est assez facilement enlevé.

Le lobe inférieur présente à la coupe de nombreux noyaux disséminés d'hépatisation grise séparés par des zones d'hépatisation moins avancée.

Le lobe moyen est complètement transformé en une cavité remplie d'un liquide couleur café, au milieu duquel sont tendus, comme des travées de substances incomplètement détruites, des débris du tissu pulmonaire. D'autres filaments flottent au milieu de ce liquide d'odeur infecte, sans atteindre la paroi opposée. La cavité est limitée par une coque résistante gris jaunâtre à l'extérieur, adhérente par sa face interne aux débris du parenchyme pulmonaire. Son épaisseur est d'environ un demi-centimètre; elle paraît être formée par le feuillet viscéral de la plèvre.

Le lobe supérieur est très congestionné, il ne crépite plus, mais on ne peut pas y distinguer de noyaux de broncho-pneumonie, il n'y a pas de tubercules.

Poumon gauche : il n'y a pas de liquide dans la cavité pleurale. Au sommet nous trouvons quelques adhérences paraissant anciennes.

Le lobe supérieur paraît sclérosé. A la surface des coupes, on aperçoit un réseau de traînées fibreuses qui en parcourent irrégulièrement la surface. Les ramifications des bronches paraissent dilatées.

Le lobe inférieur est très congestionné et laisse échapper à la coupe un liquide séro-sanguinolent. Pas plus de trace de tuberculose que dans le poumon droit.

Rien de remarquable au cœur, sauf une pâleur et une flaccidité marquée du myocarde.

Les reins sont hypertrophiés; le droit pèse 310 grammes; le gauche 230 grammes. Ils se décortiquent très bien et sont extrêmement congestionnés. On ne trouve pas de traces de néphrite. Le malade n'avait jamais eu du reste ni d'œdèmes, ni d'albumine dans les urines.

Le foie est hypertrophié. Il pèse 2010 grammes. Il est comme le rein le siège d'une congestion intense; la vésicule biliaire est complètement vide.

L'intestin paraît sain.

Le cerveau n'a pas été examiné.

OBSERVATION XIII

Laffitte. — Thèse de Bordeaux, 1895.

La nommée S... (Barbe), âgée de 49 ans, d'origine allemande, domestique, entre à la salle Claude-Bernard, lit n° 16, le 2 février 1894.

On ne trouve aucune tare dans sa famille. Son père et sa mère vivent encore et se portent très bien pour leur âge.

Elle-même n'a jamais eu d'autre maladie que les fièvres du pays contractées il y a trois ans, et pour lesquelles elle est restée six semaines en traitement à l'hôpital militaire de Blidah. La ménopause a coïncidé chez elle avec l'apparition des fièvres.

Depuis elle n'a jamais été malade.

Le début de la maladie actuelle remonte à un mois environ. Elle aurait pris froid dans la mansarde où ses maîtres la logeaient et M. le Dr Moreau, qui l'a soignée dès les premiers jours de sa maladie et lui a conseillé d'entrer à l'hôpital, nous dit qu'elle a eu une grippe avec manifestations intenses du côté de l'appareil broncho-pulmonaire.

Nous constatons, en effet, une dyspnée assez marquée, de la toux fréquente, une coloration anormale des pommettes et une expectoration muco-purulente d'abondance moyenne. La malade

nous dit qu'elle a eu à plusieurs reprises des crachements de sang.

A la percussion, on note en arrière des deux côtés du thorax une certaine obscurité du son, à peu près uniforme de la base au sommet.

A l'auscultation, on trouve des sibilances, des râles sous-crépitants de tout volume répartis dans toute la partie arrière sans prédominance marquée en tel ou tel point. Les râles sont moins abondants en avant.

Les vibrations sont légèrement exagérées à gauche, au niveau de l'épine de l'omoplate.

La langue est jaunâtre, recouverte d'un enduit assez épais. La malade n'est pas allée à la selle depuis plusieurs jours.

Rien d'anormal au cœur, dont les bruits paraissent seulement un peu sourds et éloignés.

Il n'y a point d'albumine dans les urines.

M. le Dr Moreau maintient son diagnostic de broncho-pneumonie double d'origine grippale et institue le traitement suivant :

Sulfate de soude, 20 grammes.

Badigeonnages iodés sur la partie postérieure du thorax.

Potion avec : codéïne. 0 gr. 05

Kermès min 0 gr. 10

Toniques.

8 février. — Crachats hémoptoïques, quelques-uns franchement rouges, d'autres, rouge brun, en assez grande abondance.

On ajoute au traitement une potion avec érgotine à la dose de 4 grammes.

15 février. — L'auscultation nous fournit des signes à peu près identiques à ceux du jour de l'entrée, l'expectoration est un peu moins abondante, mais parmi les crachats purulents,

il en est toujours un certain nombre mêlés de sang plus ou moins foncé.

Le traitement général est continué, la potion d'ergotine a été supprimée depuis deux jours.

26 février. — Une hémoptysie très abondante a eu lieu la veille au soir.

Les crachats sont les uns d'un rouge éclatant, les autres foncés.

Pas de signes nouveaux à l'auscultation.

L'examen des crachats permet de constater la présence du pneumocoque, de staphylocoques nombreux, de cristaux d'hématoidine, etc., dans les produits de l'expectoration; on n'y rencontre pas de bacilles de Koch.

On prescrit de nouveau la potion avec 4 grammes d'ergotine, des toniques et l'application de ventouses sèches.

28 février. — L'expectoration, aussi abondante, présente la couleur jus de pruneaux et une odeur gangréneuse manifeste.

On ajoute au traitement une potion avec 4 grammes d'hyposulfite de soude.

2 mars. — L'hyposulfite n'a modifié en rien les caractères de l'expectoration. Même abondance, même fétidité. Les signes stéthoscopiques varient peu. Les râles sous crépitants à bulles moyennes sont surtout abondants à gauche. La malade est très fatiguée par la toux.

La température oscille toujours entre 38° et 38°,5.

On essaie des injections hypodermiques de gaïacol. Eucalyptol iodoformé.

Eucalyptol	14 gr.
Gaïacol.	10 gr.
Iodoforme	1 gr.
Huile stérilisée:	q. s. pour 100 cc.

On prescrit une injection de 5 cc. par jour à faire au niveau de la partie supérieure du poumon à gauche et à droite alternativement.

L'ergotine ne paraissant pas donner en potion de résultat appréciable, on l'administre sous forme d'injection hypodermique. Ergotine Yvon, un gramme.

6 mars. — L'état général est toujours stationnaire, les hémoptysies sont moins abondantes mais les crachats toujours aussi fétides.

12 mars. — L'expectoration est redevenue à peu près exclusivement purulente, il reste néanmoins quelques crachats bruns et odorants. L'état général semble vouloir s'améliorer, la malade est moins abattue. Les signes fournis par l'auscultation sont du reste en rapport avec ce mieux relatif.

Les râles semblent moins abondants, ils prédominent surtout à gauche et dans la moitié supérieure du poumon.

On fait un nouvel examen des crachats et la recherche du bacille de Koch donne des résultats négatifs dans les six ou huit préparations examinées.

On continue le traitement.

16 mars. — L'amélioration constatée le 12 ne s'est pas maintenue, les crachats renferment de nouveau du sang corrompu, ils ont repris toute leur fétidité.

On constate dans la partie supérieure du poumon gauche en arrière, de la matité à la percussion, des râles sous-crépitants et un souffle bronchique presque caverneux à l'auscultation.

L'état général est mauvais, la dépression marquée, les bruits du cœur affaiblis, sans souffles surajoutés.

26 mars. — Depuis deux jours, la malade est en proie à des vomissements consécutifs à ses accès de toux. Elle ne prend que du thé ou de la limonade glacée et du vin blanc. L'expectoration, toujours fétide, est moins abondante. Une grosse ca-

verne existe au sommet gauche, en arrière. A ce niveau, on constate de la matité dans toute la partie supérieure, un souffle caverneux intense et des gargouillements avec un timbre métallique.

29 mars. — Les signes cavitaires augmentent d'intensité; les vomissements sont plus rares; la prostration et la dyspnée sont extrêmes, le pouls est rapide et très petit.

On donne à la malade du rhum et 3 milligrammes de strychnine.

Du 1^{er} au 8 avril. — L'état général s'aggrave de jour en jour, l'adynamie s'accroît, ainsi que la dyspnée, la malade meurt le 8 au matin malgré les injections d'éther et de caféine qu'on lui a faites les trois derniers jours à la suite de plusieurs syncopes.

Autopsie. — Nous ne trouvons à la suite de l'observation qu'une description fort incomplète des lésions qui ont été constatées à l'autopsie.

Les deux tiers du lobe supérieur du poumon gauche sont transformés en une vaste caverne gangréneuse d'où partent vers la partie inférieure des tractus de tissu gangrené. Le reste du lobe est à l'état d'hépatisation grise.

Le lobe inférieur présente dans sa masse des noyaux de broncho-pneumonie.

Le poumon droit est œdématié, de couleur violacée.

Rien d'anormal au cœur sauf sa petitesse.

Les deux reins également très petits présentent des traces de néphrite interstitielle encore peu avancée.

OBSERVATION XIV

Saliège, médecin à l'hôpital de Mustapha.

Le nommé G..., âgé de 43 ans, cafetier, demeurant à Alger, rue Mahon, tombe malade vers le 20 février 1893.

Il a une grippe d'intensité moyenne caractérisée par de la céphalalgie, inappétence, prostration intense, trachéo-bronchite.

Traitement populaire : tisanes, grogs, thé au rhum, etc.

Au bout d'une semaine environ, se sentant mieux, il reprend ses occupations.

Le lendemain, c'est-à-dire vers le 1^{er} ou le 2 mars, il éprouve une violente douleur dans l'épaule droite en arrière, au-dessous de l'omoplate; la toux qui n'avait pas cessé un instant, bien que moins intense, redouble et le médecin appelé constate l'existence d'une broncho-pneumonie droite avec tous ses symptômes : râles de toute sorte, dyspnée, toux, expectoration mucopurulente.

Température 39°.

Prescription : Vésicatoire à droite en arrière.

Potion avec terpine 0 gr. 60.

Rhum.

Le 6 mars. — Le malade expectore en une seule fois, environ un verre à Bordeaux d'un liquide noir horriblement fétide, que la femme G..., montre au médecin. Il n'y a eu que cette vomique dans la journée, mais l'haleine du malade est fétide et il dit au médecin qu'il s'empesté lui-même.

Devant cette complication qui persiste, le lendemain on prescrit une potion avec hyposulfite de soude 4 grammes.

Le 8 mars. — M. Gros, professeur de clinique médicale, est appelé en consultation. L'expectoration est noirâtre, striée de gris ou de vert, d'odeur repoussante.

Au niveau de la moitié inférieure de l'omoplate, on constate une zone de matité assez bien limitée, à la percussion ; l'auscultation révèle en ce point l'existence de gargouillement. Dans le reste du poumon droit tant en avant qu'en arrière, on entend des râles sibilants et sous-crépitants ; à gauche des sibilances et des râles sonores.

La température oscille entre 39,5 et 40.

On pose le diagnostic de broncho-pneumonie à droite, avec noyau de gangrène pulmonaire.

M. le professeur Gros prescrit une potion alcoolisée avec :

Ergotine.	6 grammes.
Acide phénique	0 gr. 50
Teinture de digitale.	XXX gouttes.

Du 9 au 28 mars. — Une amélioration notable se produit ; l'état général est devenu meilleur, les bruits thoraciques anormaux ont diminué de nombre et d'intensité ; on ne perçoit plus de gargouillements à la partie moyenne du poumon droit. Néanmoins la zone de matité persiste en ce point, et l'expectoration, bien que moins abondante, est toujours fétide.

Le traitement par les toniques et l'hyposulfite de soude est continué.

Le 5 avril, a lieu une deuxième consultation à la suite de laquelle le malade est jugé assez bien pour faire un voyage en Espagne, son pays natal.

Le départ a lieu le 11 ; G... tousse encore un peu, mais l'expectoration est rare, muco-purulente, sans odeur.

Après une quinzaine de séjour, le malade retourne à Alger, et le 2 ou 3 mai, le Dr Saliège, qui l'a soigné, constate une guérison complète.

Depuis, le malade s'est toujours bien porté, il ne tousse pas ; il n'avait auparavant jamais fait de maladie, il paraît très sobre et se défend de toute habitude alcoolique.

VII

CONCLUSIONS

Parmi les complications pulmonaires qui peuvent être consécutives à la grippe, la plus grave sans contredit est la gangrène pulmonaire.

Elle peut apparaître dès les premiers jours de la grippe, ou très tardivement, un mois par exemple après le début.

Ses symptômes et son évolution clinique, le traitement qu'elle comporte, n'ont rien de particulier.

Le diagnostic est très difficile au début, car les symptômes sont souvent obscurs et n'ont rien de vraiment caractéristiques.

On l'observe surtout chez les affaiblis et chez les individus antérieurement atteints d'affections bronchiques ou pulmonaires (tuberculose, dilatation des bronches, etc.).

A l'autopsie, on a trouvé des lésions de gangrène circonscrite ou diffuse avec ou sans pyo-pneumothorax; dans ces derniers cas, le liquide contenu dans la plèvre est également putride.

Ainsi que l'a démontré M. le professeur Bouchard, ces gangrènes, qui surviennent au cours de la grippe, ne sont pas dues à l'agent pathogène de l'influenza. Le bacille de Pfeiffer ne fait que préparer le terrain aux agents des infections secondaires, aux agents saprogènes.

Vu par le Président de la thèse,
LANDOUZY.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

VIII

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- LAFFITTE. — De quelques cas de gangrène pulmonaire (Thèse de Bordeaux, 1895).
- RHYNER. — Munchener medicinische wochenschrift n° 9 et 10, 1895.
- CHARPENTIER. — La grippe et ses complications (Thèse de Paris, 1894).
- MORLOT. — Gangrène des pieds par phlébite grippale (Bourgogne médicale, 1893).
- CHAUDET. — De la phlébite post-grippale (Thèse de Paris 1892).
- SCHERB. — Gangrène pulmonaire consécutive à la grippe (Bulletin médical de l'Algérie, février 1894).
- JARRON. — Thèse de Bordeaux. 1894.
- TEISSIER. — La grippe influenza. Archives de Médecine expérimentale, septembre 1892.
- LOP. — Gazette des hôpitaux, 4 mars 1893.
- MORNET. — Thèse de Lyon, 1892.
- DUPONCHEL. — Vomique purulente et accidents pleuro-pulmonaires consécutifs à la grippe (Bulletin médical, 11 juin 1890).
- DUPUIS. — Des complications de la grippe (Thèse de Bordeaux 1890).
- CHARRIN. — Comptes-rendus de la Société de biologie, 1891, p. 633-662-705, 706.
- BOUGHARD. — Bulletin de l'Académie de médecine, 28 janvier 1890.

BOUCHARD. — Action vaso-motrice des produits bactériens 26 octobre 1891.

BONNEMAISON. — Article grippe du Dictionnaire de Dechambre.

NETTER. — Article grippe dans le nouveau traité de Médecine
.. (Charcot-Bouchard).

COYNE. — Traité d'anatomie pathologique, p. 682.

CORNIL et BABÈS. — Les bactéries, tome I, 1890.

BONOME. — Deutsche medicinische wochenschrift 1888, tome LII.

